

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AMB	USM ALCAÑIZ	SAENZ BALLOBAR ANA	2018_1438	S1	15/03/2019	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	AMB	USM ALCAÑIZ	BECERRA DARRIBA HELENA	2018_1556	F	15/03/2019	OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ALBESA BENAVENTE INMACULADA	2016_1136	F	26/01/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA	2016_1491	S1	12/02/2018	CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2016_1495	F	19/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	S1	01/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2016_1522	F	02/02/2018	GESTION DE LA CITA INDEMEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2016_1608	F	01/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2016_1612	F	08/11/2018	GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	S1	10/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CASTELLANO JUSTE ISABEL	2018_0342	F	30/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO SIRA	2018_0391	F	30/01/2019	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	SOLDEVILLA JIMENO ELENA	2018_0414	F	11/01/2019	"DIME LO QUE COMES"
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2018_1133	F	15/02/2019	MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AGUILAR JULIAN MARTA	2018_1137	F	10/02/2019	MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	S1	27/02/2019	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2018_1470	F	31/01/2020	PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA	2019_0233	S1	28/01/2020	PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	GAN GARGALLO MARIA CARMEN	2019_0286	F	24/02/2020	URGENCIAS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	BURGUES VALERO CARMEN	2019_0330	F	26/02/2020	TALLER DE ALIMENTACIÓN SANA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	TELMO HUESO MARIA SIRA	2019_0339	F	31/01/2020	FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
AL	AP	CS ALCAÑIZ	AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA	2019_0349	S1	21/01/2020	REVISIÓN DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	LAMARRE MICHELOT	2019_0421	F	23/01/2020	TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES
AL	AP	CS ALCAÑIZ	NAYA PUERTO SHEILA	2019_0506	S1	30/01/2020	PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ	CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA	2019_0754	S1	31/01/2020	IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS ALCAÑIZ	SORRIBAS MARTI MIRIAM	2019_0755	F	31/01/2020	AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA
AL	AP	CS ALCAÑIZ	ARQUED NAVAZ MARTA	2019_1094	F	31/01/2020	ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE
AL	AP	CS ALCAÑIZ	FACI OLMOS MIRIAM	2019_1283	F	17/01/2020	PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HURTADO LOPEZ CARMEN	2018_1059	F	26/02/2019	COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS ALCAÑIZ PEDIATRIA	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2016_1521	F	27/02/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS ALCAÑIZ PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE	2018_0019	F	30/01/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE
AL	AP	CS ALCORISA	SANCHEZ-CELAYA DEL POZO CARMEN	2016_0274	F	26/01/2018	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL
AL	AP	CS ALCORISA	TRILLO CALVO EVA	2016_0372	F	26/01/2018	PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	MARTIN MARTIN JORGE	2016_1369	S1	24/01/2018	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETTI	2016_1370	S1	24/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001
AL	AP	CS ALCORISA	GIL VALERO CARLOS PASCUAL	2016_1371	F	24/01/2018	MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISISTAS
AL	AP	CS ALCORISA	BONDIA HERRERO MARIA ISABEL	2018_0804	S1	28/02/2019	PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	S1	21/02/2019	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA MARIA GORETI	2018_0860	F	21/01/2020	FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIODICO LOCAL
AL	AP	CS ALCORISA	GOMEZ TENA GORETI	2019_0141	F	21/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA
AL	AP	CS ALCORISA	BERLANGA RUBIO JUAN JOSE	2019_0393	F	30/01/2020	IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS ALCORISA	VIDAL VILLANUEVA VERONICA	2019_0543	F	28/01/2020	INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA
AL	AP	CS ALCORISA PEDIATRIA	GOMEZ TENA GORETTI	2015_0039	F	05/10/2016	CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL
AL	AP	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2016_0404	S1	04/01/2018	ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	EGEA CANO MONTSERRAT	2016_0420	S1	20/12/2017	TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2016_0477	S1	19/01/2018	CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	S2	24/01/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2016_1137	F	11/02/2019	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC
AL	AP	CS ANDORRA	FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN	2016_1147	S1	15/01/2018	FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	S1	04/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIE TE
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2016_1335	F	25/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIE TE
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	S1	18/01/2018	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2016_1466	F	05/02/2019	CONSULTA CONTROL OBESIDAD
AL	AP	CS ANDORRA	TRILLO SALLAN ESTHER	2016_1710	S1	29/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2018_0069	S1	14/01/2019	IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES
AL	AP	CS ANDORRA	GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL	2018_1129	F	13/02/2019	ESCUELA DE MADRES
AL	AP	CS ANDORRA	VAQUE BIELSA MARIA PILAR	2019_0076	F	18/01/2020	PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO
AL	AP	CS ANDORRA	LAGAR GONZALEZ ANA BELEN	2019_0082	F	21/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"
AL	AP	CS ANDORRA	GARCIA LOPEZ ANA MARIA	2019_0085	F	18/01/2020	PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO
AL	AP	CS ANDORRA	PELLICER GARCIA BEGOÑA	2019_0112	S1	31/01/2020	TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	BIDZINSKA ANNA IRENA	2019_0113	F	28/01/2020	TALLERES PARA BEBES
AL	AP	CS ANDORRA	LOPEZ SAURAS SUSANA	2019_0117	F	20/01/2020	PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE
AL	AP	CS ANDORRA	TRILLO SALLAN ESTHER	2019_0118	S1	23/12/2019	PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	MARTINEZ AYALA ENRIQUE	2019_0135	F	28/01/2020	VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	ROMERO ARASANZ EMMA	2019_0258	F	25/01/2020	CREACIÓN DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA	HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD	2019_0329	S1	15/01/2020	IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA
AL	AP	CS ANDORRA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_0488	F	17/01/2018	TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES
AL	AP	CS CALACEITE	GUILLEN MARIN JOSE MANUEL	2016_1355	S1	05/02/2018	GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE	GIL MOLINOS MARTA	2016_1356	S1	05/02/2018	MANOS RELUCIENTES
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2018_1093	F	29/01/2019	DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALACEITE	SIMON MELCHOR ALBA	2019_0164	F	20/01/2020	PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2016_0161	F	07/02/2018	PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE
AL	AP	CS CALANDA	SANZ ALMALE ALFREDO	2016_1367	F	01/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL
AL	AP	CS CALANDA	LLORCA CAMARASA MIGUEL	2016_1442	F	01/02/2018	IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2016_1443	F	01/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	F	07/03/2019	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CALANDA	DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES	2016_1444	F	01/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CALANDA	CHAMOCHO OLMOS ELVIRA	2016_1781	F	14/02/2018	ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	FERRANDO AZNAR CLARA	2018_1140	S1	07/03/2019	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2018_1159	S1	27/02/2019	TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA	2018_1388	S1	16/03/2019	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS CALANDA	COSTA MONTAÑES ROSA	2018_1388	F	31/01/2020	PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES
AL	AP	CS CALANDA	JUNCOSA OLIVERA DANIEL	2019_0515	F	31/01/2020	DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR ASINTOMÁTICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS CALANDA	BARDAJI RUIZ BEATRIZ	2019_0774	F	31/01/2020	IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GOMEZ SILVESTRE MANUELA	2016_0018	F	25/01/2018	ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION	2016_1514	F	25/01/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2016_1515	F	02/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	CUCALON LAFUENTE MARCELINO	2016_1516	F	16/02/2018	MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO	2016_1523	F	25/01/2018	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			ANA				
AL	AP	CS CANTAVIEJA	SANJUAN DOMINGO RAQUEL	2018_0432	S0	18/02/2019	USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	F	03/01/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MARCO LOSTAL CARMEN	2018_0538	F	05/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2018_0539	F	05/01/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	PAULO FUERTES ROSARIO ANA	2018_0539	F	19/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA
AL	AP	CS CANTAVIEJA	MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR	2019_0590	F	30/01/2020	RCP BÁSICA
AL	AP	CS CASPE ADMISION Y DOCUMENTACION	MORENO COLAS BELEN	2016_1438	F	04/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS
AL	AP	CS CASPE	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2016_0079	F	01/02/2018	ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	F	22/02/2019	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2016_0184	F	03/02/2018	UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	CALONGE VERGARA MARIA ISABEL	2016_1135	F	03/02/2018	IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO
AL	AP	CS CASPE	COSTA MONTAÑES ROSA MARIA	2016_1344	F	03/02/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	F	11/03/2019	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	RELANCIO PASCUAL PATRICIA	2018_0933	F	31/01/2020	FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA
AL	AP	CS CASPE	BELLES PALLARES LUCIA	2018_1400	F	23/02/2019	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	CS CASPE	BLASCO CASORRAN MARTA	2019_0180	F	13/01/2020	HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.
AL	AP	CS CASPE	GUIU CAMPOS MIGUEL	2019_1076	F	07/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE
AL	AP	CS HIJAR	RIOS LAZARO MIGUEL	2016_0400	F	20/02/2018	MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2016_1453	S1	14/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS HIJAR	LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA	2016_1465	S1	20/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO	2016_1465	F	26/02/2019	MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA
AL	AP	CS HIJAR	LAZARO GRACIA PILAR	2018_0910	F	27/02/2019	CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1300	F	13/02/2019	PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO	2018_1311	F	05/03/2019	MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES	2018_1330	F	20/02/2019	INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1532	S1	12/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL	2018_1532	S2	30/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE AGENDA COMUNITARIA EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	LAZARO GRACIA MARIA PILAR	2019_0694	F	31/01/2020	INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	TORNOS PEREZ CARMELO	2019_0852	F	23/01/2020	SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
			DANIEL				SOPORTE VITAL BASICO
AL	AP	CS HIJAR	RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES	2019_0908	F	28/01/2020	INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR
AL	AP	CS HIJAR	ROMERO VIGARA JUAN CARLOS	2019_1026	F	30/12/2019	"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL
AL	AP	CS HIJAR	CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL	2019_1207	F	14/01/2020	CAMINANDO POR LA VIDA
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	S1	09/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	PARDOS CAMACHO ANDRES	2016_1345	F	15/02/2019	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS MAELLA	SARTOLO ROMEO MARIA TERESA	2016_1346	F	15/02/2018	GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENEZ ANDRES FABIOLA	2016_1347	F	16/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	S1	21/02/2019	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	F	15/01/2019	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	CEBRIAN FRANCO MILAGROS	2018_1173	F	03/01/2020	TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA
AL	AP	CS MAELLA	GIMENO FELIU CARMEN	2019_0154	F	29/01/2020	EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SALESA ALBALATE ALBERTO	2016_0155	S1	16/06/2017	INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2016_1422	F	09/02/2018	CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR PILAR	2016_1441	S1	12/02/2018	MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	VILLALBA MIR ANA PILAR	2016_1497	S1	15/02/2018	¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2016_1498	F	16/01/2018	CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	S2	30/01/2020	TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	F	13/01/2019	TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2018_0703	F	09/02/2019	TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	S1	15/03/2019	REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER	2018_1236	S2	27/01/2020	REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	BORRAZ MIR MARIA PILAR	2018_1296	F	28/02/2019	RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	SANCHEZ GORRIZ TERESA	2018_1390	F	28/02/2019	CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	F	06/03/2019	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	CASTAN BARRIO JOSE ANGEL	2018_1421	F	29/01/2020	DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS
AL	AP	CS MAS DE LAS MATAS	RICO GASCON SILVIA	2019_0155	F	30/01/2020	RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2016_1016	F	02/02/2018	MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	F	08/02/2019	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2016_1352	F	27/01/2018	DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	CS MUNIESA	DE MINGO USON MIGUEL ANGEL	2016_1353	F	31/01/2018	MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA
AL	AP	CS MUNIESA	SALESA ALBALATE ALBERTO	2018_0937	F	25/01/2019	TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	F	14/01/2019	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	MALLEN EDO MARTA	2018_1155	F	14/03/2019	¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	S1	22/02/2019	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA	NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA	2018_1256	F	28/01/2020	IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA	FESSENDEN GOMEZ JESSICA	2019_1277	F	27/02/2020	CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD
AL	AP	CS MUNIESA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2016_1354	F	24/01/2018	INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA
AL	AP	CS MUNIESA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	REPOLLES PERALTA PATRICIA	2018_0942	F	06/02/2019	SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	S1	24/01/2018	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	F	26/02/2019	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	DEL GALLEGO MOLIAS ANA	2016_1458	F	15/01/2020	GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA
AL	AP	CS VALDERROBRES	ZAPATER MONSERRAT MATILDE	2016_1459	S1	13/02/2018	MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	LACAMBRA ORGILLES ELENA	2016_1460	F	01/02/2018	OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	GRANERO LAZARO MATILDE	2016_1512	S1	21/02/2018	SALVAVIDAS
AL	AP	CS VALDERROBRES	FIGUEROLA FALCO SANDRA	2018_0916	S1	22/02/2019	CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	CS VALDERROBRES	GUERRERO VICENTE MARISOL	2018_0919	S1	08/03/2019	PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	S2	14/01/2019	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1115	F	28/01/2020	ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	S2	14/01/2019	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1116	F	30/01/2020	ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	LLORENS PALANCA MARIA DOLORES	2016_1717	F	02/02/2018	IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	S1	14/01/2019	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2018_0068	F	30/01/2020	ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S1	14/01/2019	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0074	S2	28/01/2020	PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ
AL	AP	DAP ALCAÑIZ	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2018_0075	S1	01/02/2019	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	AP	DAP ALCAÑIZ DIRECCION	GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO	2016_1115	S1	02/02/2018	INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO
AL	AP	DAP ALCAÑIZ FARMACIA ATENCION PRIMARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2019_0005	S1	31/01/2020	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
AL	AP	DAP ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1117	S1	12/02/2018	GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	AP	DAP ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	TURON ALCAINE JOSE MARIA	2016_1122	F	12/02/2018	MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA
AL	AP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU	2016_0753	F	26/01/2018	CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANALISIS CLINICOS	ARENZANA GARCIA SARA	2018_1412	S1	27/02/2019	PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANALISIS CLINICOS	AYORA RUBIO RAQUEL	2018_1413	S1	27/02/2019	PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANATOMIA PATOLOGICA	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	S2	13/02/2019	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANATOMIA PATOLOGICA	CAY DIARTE ALFONSO	2018_0356	F	31/01/2020	ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	MARIN ABAD TERESA	2016_0032	S1	19/02/2018	PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	JUDEZ LEGARISTI DIEGO	2016_0811	F	28/03/2018	ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2016_1562	S2	14/01/2019	PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CALDERON AGUIRRE PATRICIA	2018_0265	S1	20/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	CARLUCCIO MARIA CRISTINA	2018_0374	S0	05/03/2019	IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ANESTESIA Y REANIMACION	MURILLO PINA RAQUEL	2018_0392	S1	25/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CÁNCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ATENCION AL PACIENTE	CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA	2018_0791	F	28/02/2019	MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BIOQUIMICA	PABLO BRUNA CARMEN	2018_1566	S1	13/03/2019	OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BIOQUIMICA CLINICA	SOLE LLOP MARIA ESTHER	2016_0660	F	02/02/2018	PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2016_0252	F	11/02/2018	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	ALTABA SANZ BEATRIZ	2016_0577	F	04/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PROTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	S1	11/02/2019	REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2018_0149	F	23/01/2020	REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	BONO LAMARCA MARIA TERESA	2019_0468	F	20/01/2020	ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ BLOQUE QUIRURGICO	GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE	2019_0472	S1	24/02/2020	ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ALMEIDA PONCE HELEN	2018_0233	S1	06/02/2019	OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	F	31/01/2019	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	BLASCO GIL SILVIA	2018_0299	F	20/12/2019	RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO	2018_0347	F	07/02/2019	ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN	2016_1500	S1	16/02/2018	RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	S1	31/01/2019	PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	MAURAIN VILORIA ANA	2018_0302	S2	29/01/2020	PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	RIVERA RODRIGUEZ ALVARO	2018_0604	F	20/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	FUENTE SAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA	2018_0605	F	26/02/2019	INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DERMATOLOGIA	LORDA ESPES MARTA PILAR	2019_0585	F	20/01/2020	INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2016_1168	F	17/01/2018	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	MARTINEZ CRESPO ELENA	2018_0522	F	11/03/2019	SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2018_0617	S1	11/03/2019	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2018_0617	F	23/01/2020	PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIGESTIVO	LACARTA GARCIA PEDRO	2019_1427	F	31/01/2020	PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIRECCION	AGUD CARDONA MONICA	2016_1116	S1	02/02/2018	ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIRECCION	LARA GARRIDO ANGELA	2018_0682	F	24/02/2019	MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ DIRECCION	LARA GARRIDO ANGELA	2019_0937	S1	24/01/2020	PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	GRACIA GIMENO PAOLA	2016_0053	F	07/02/2018	IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	VERDES SANZ GUAYENTE	2018_1507	S1	27/02/2019	INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	VERDES SANZ GUAYENTE	2019_0725	S1	30/01/2020	DERIVACIÓN PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENFERMERIA	MARTINEZ UBIETO FERNANDO	2016_0812	F	30/01/2018	ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ENFERMERIA	BLASCO GIL SILVIA	2016_0819	F	30/01/2018	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	RODRIGUEZ ALBA SUSANA	2016_0215	F	20/02/2018	MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2016_0216	F	20/02/2018	REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	FERRANDO RAMOS MARIA JESUS	2018_0310	S2	06/03/2019	CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ESTERILIZACION	GONZALEZ VAQUERO CARMEN	2019_0399	F	29/01/2020	CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PORCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	VARELA MARTINEZ ISABEL	2016_0037	F	06/02/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2016_1485	F	17/01/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2016_1610	F	13/02/2018	INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2018_0741	F	04/03/2019	OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2018_1002	F	14/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DEMEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIAPARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	FERNANDEZ ALONSO EDGAR	2019_0466	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ FARMACIA HOSPITALARIA	ALONSO TRIANA YARA MARIA	2019_1019	F	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2016_0135	S1	15/02/2018	ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2018_0727	S1	21/02/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	SANCHO VAL LUIS IGNACIO	2018_0727	S1	26/02/2019	IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PARICIO MORENO MIGUEL	2018_0812	S1	21/02/2019	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVOSEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOSPACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HOSPITALIZACION A DOMICILIO	DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL	2018_0157	F	22/02/2019	MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ HOSPITALIZACION A DOMICILIO	GONZALEZ GUIJARRO MARTA	2019_0564	F	30/01/2020	RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ INFORMATICA	RECHE SABATER ALBERTO	2016_1611	S1	17/01/2018	INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA DEL TRABAJO	ROYO ANADON JULIA	2018_0318	F	18/02/2019	PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA DEL TRABAJO	ROYO ANADON JULIA	2019_0534	F	30/01/2020	PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	RUIZ MARISCAL MARIA	2016_0314	S1	14/01/2018	ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2018_0075	S1	29/01/2020	PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	MARCILLA CORDOBA FRANCISCO	2018_0286	S1	26/02/2019	IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA	2018_0410	S1	27/02/2019	COORDINACION EN EL SEGUMINETO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ALQUEZAR CIVERA MANUELA	2019_0541	F	27/01/2020	GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA INTERNA	ARTAJONA RODRIGO ESTER	2019_1227	S1	31/01/2020	GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC)HOSPITAL ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	CALDERON MEZA JOSE MANUEL	2018_0726	F	20/02/2019	CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	NAVARRO DORADO MARIA ANGELES	2019_0625	F	29/01/2020	MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ARRIBAS GARCIA JORGE	2016_0288	F	13/02/2018	ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLOGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2018_0867	F	05/02/2019	REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	RUIZ ANDRES MARIA ANGELES	2019_0513	F	29/01/2020	MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	GRACIA GARCIA OLGA	2016_1173	S1	10/02/2018	INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO	2018_0312	F	26/02/2019	IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEFROLOGIA	BIELSA GRACIA SARA	2019_0881	F	31/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	FANDOS LORENTE SERGIO	2015_0255	F	03/05/2017	INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2015_0298	F	02/05/2017	ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	HEREDIA FERRER LOURDES	2016_1179	F	06/03/2018	PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2016_1313	F	19/01/2018	PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	AGUD CARDONA MONICA	2018_0117	S0	18/02/2019	HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUMOLOGIA	ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA	2018_0118	F	14/02/2019	EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	MUÑOZ BERNAD TAMARA	2016_0699	F	31/01/2018	DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	MUÑOZ FARJAS ELENA	2016_0944	F	31/01/2018	IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	BALLESTER MARCO LAURA	2018_0402	S1	21/02/2019	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	BALLESTER MARCO LAURA	2018_0402	F	29/01/2020	ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	S1	21/02/2019	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ NEUROLOGIA	SARRION MOCHALES MONTSERRAT	2018_0406	F	23/01/2020	SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	LAHOZ PASCUAL ISABEL	2016_0131	F	09/05/2018	PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	GUTIERREZ SABIO MARIA FRANCISCA	2016_0941	F	08/02/2018	FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARTORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ANDREU GISBERT PILAR	2018_0155	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	SANCHO VIVES ESTHER	2018_1104	F	07/02/2019	PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	VICENTE LOPEZ BEATRIZ	2019_0396	F	29/01/2020	PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	LATRE REBLED BEATRIZ	2016_0015	F	24/01/2018	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER	2016_1180	F	31/01/2018	REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	LATRE REBLED BEATRIZ	2018_0385	F	27/02/2019	ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OFTALMOLOGIA	EGBA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN	2019_0352	F	31/01/2020	"PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS"

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	REAL CORDERO ESPERANZA	2016_0730	F	23/01/2018	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2016_0898	F	20/02/2018	OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	GALAN CERRATO NIEVES	2018_0171	F	28/02/2019	ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2018_0172	F	29/01/2019	INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ORTI MOLES JESSICA	2018_0202	F	26/02/2019	ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	ALVAREZ ALEJANDRO MARIA	2018_1373	S1	28/01/2019	REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ ONCOLOGIA MEDICA	VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO	2019_0827	S1	31/01/2020	VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFRO-PROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2016_1281	F	11/04/2018	INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2018_0290	F	31/01/2019	DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ OTORRINOLARINGOLOGIA	MOLINER PEIRO FERNANDO	2019_0401	F	16/01/2020	CIRUGIA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL CON MOTRO DESBRIDADOR
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2016_0138	F	22/02/2018	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2016_0191	F	20/02/2018	IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2016_0212	F	20/02/2018	MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	PALOMAR JOVEN MARTA	2016_0609	F	16/02/2018	DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2018_0341	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2018_0344	F	18/02/2019	IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2018_0484	F	25/02/2019	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	ORDEN RUEDA CLAUDIA	2019_0420	F	29/01/2020	IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	CLAVERO MONTAÑES NURIA	2019_0423	F	23/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PEDIATRIA	OCHOA GOMEZ LAURA	2019_0532	F	30/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	LOPEZ SANCHO JOSE MARIA	2016_0519	F	23/02/2018	GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PRUEBAS FUNCIONALES	HEREDIA FERRER LOURDES	2018_0981	F	20/02/2019	PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2016_1315	F	14/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	S0	12/04/2019	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
AL	HOSP	H ALCAÑIZ PSQUIATRIA	DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA	2018_1336	F	28/02/2020	PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	PEREZ ANGOSTO ESTHER	2019_0921	F	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ RADIODIAGNOSTICO	PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR	2019_1109	F	30/01/2020	ELABORACIÓN DE UNA GUA PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LUCEA SODRIC SUSANA	2016_0219	F	30/01/2018	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LOPEZ GONZALO ISABEL	2016_0253	F	06/02/2018	MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA	2016_1317	F	31/01/2018	RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2016_1319	F	31/01/2018	INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA	2018_0327	F	13/02/2019	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	MARTI AMELA ANA BELEN	2018_0345	F	13/02/2019	PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA	2018_0393	F	20/02/2019	UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	POLO ROYO MARCO	2018_0394	F	20/02/2019	PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	POLO ROYO MARCO	2019_0599	S1	23/12/2019	PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REHABILITACION	LOPEZ GONZALO ISABEL	2019_0622	F	13/01/2020	LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REUMATOLOGIA	CASORRAN BERGES MARTA	2016_0099	F	31/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ REUMATOLOGIA	CASORRAN BERGES MARTA PILAR	2018_0425	F	26/02/2019	CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2016_0951	F	14/01/2018	IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2018_0138	F	24/02/2019	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL	MARTINEZ FERRI MARIA JOSE	2019_0539	F	31/01/2020	LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UNIDAD DE SALUD MENTAL	SAENZ BALLOBAR ANA	2018_1438	F	27/02/2020	INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	BELENGUER CARRERAS LINA MARIA	2015_0042	F	18/01/2018	DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	CRUZ LOPEZ ANA MARIA	2016_0421	F	08/02/2018	PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S1	14/01/2019	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	COLAS OROS CARLOS	2018_0077	S2	29/01/2020	INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITALDE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ URGENCIAS	ROYO MOLES MARIA ISABEL	2018_0664	F	21/02/2019	DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	GIL ORTIGOSA MARIA LUISA	2016_0585	F	21/02/2018	ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA

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

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

Número de memorias: 333 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector ALCAÑIZ

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							UROLOGICA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2016_1242	F	20/02/2018	IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LOPEZ VANESA	2016_1502	S1	19/06/2017	PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2018_0662	F	07/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	VALERO MILIAN JESUS	2018_0663	F	07/02/2019	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER	2019_0228	F	17/01/2020	OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL
AL	HOSP	H ALCAÑIZ UROLOGIA	ANDRES LAZARO VICENTE JOSE	2019_0230	F	17/01/2020	OPTIMIZACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA
AL	HOSP	USM ALCAÑIZ PSIQUIATRIA	BECERRA DARRIBA HELENA	2016_0213	F	15/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ
AL	HOSP	USM ALCAÑIZ SALUD MENTAL	GONZALEZ PANZANO MANUEL	2016_0214	F	14/02/2018	PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ANA SAENZ BALLOBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PANZANO MANUEL
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
TORRALBA MARCO ROSA
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante estos primeros meses se ha diseñado el protocolo del proyecto, utilizando la escala HADS para evaluar al ansiedad presente en el paciente previa y posteriormente a las 8 sesiones mensuales de meditación mindfulness. Estas sesiones nos ayudarán a intentar reducir el estrés y así llegar en mejores condiciones a la cirugía. Se han reservado espacios para dichas sesiones y se ha trabajado junto con psicología el tipo de sesiones a realizar mediante meditación del escaneo o recorrido corporal también llamado "body scan". Desde enfermería se aplicará la escala para saber la puntuación antes y después de dichas sesiones. Las sesiones se realizarán el último miércoles de cada mes, teniendo una duración aproximada de una hora. Desde anestesia se derivarán a salud mental aquellos pacientes que se detecte que puedan beneficiarse en mayor medida de esa reducción de la ansiedad mediante mindfulness.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Por el momento se ha derivado un paciente desde anestesia que está pendiente de iniciar las sesiones mensuales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se necesita más tiempo para poder recibir más muestra de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1438 ===== ***

Nº de registro: 1438

Título
INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Autores:
GONZALEZ PANZANO MANUEL, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCANIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en óptimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto:

- Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.
- Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulness de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.
- Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

MÉTODO

- Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.
- Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.
- Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

INDICADORES

Evaluación:

- Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.
- Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA
GARCES TRASOBARES ROSA NATIVIDAD
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo una sesión clínica informativa en el Centro de Salud de Alcañiz, que tuvo lugar el pasado 19 de febrero de 2019. Ésta fue impartida por la coordinadora de este proyecto (psiquiatra), y dirigida a médicos de atención primaria, con el título: "Protocolo de abordaje terapéutico de los Trastornos de Adaptación". En ella, se han detallado los criterios de derivación a Salud Mental aplicables a dicha patología. Asimismo, se ha distribuido información verbal y se ha facilitado el material utilizado en la sesión (presentación digital) a aquellos facultativos de atención primaria del sector de Alcañiz que solicitan habitualmente interconsultas a la USM de Alcañiz. De esta forma, se ha podido detallar en los casos clínicos reales consultados, el manejo terapéutico individualizado de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, en pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad.

Se han empleado los recursos humanos disponibles en el equipo multidisciplinar de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (USM), compuesta por psiquiatras, psicólogas y enfermería, con la convocatoria de reuniones mensuales en el recurso, desde enero hasta marzo de 2019, para la recopilación de los resultados obtenidos y su evaluación. Además, ha sido necesario el uso de la herramienta de interconsulta virtual de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, la sala de juntas del Centro de Salud de Alcañiz y el correo electrónico institucional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se revisaron las interconsultas virtuales recibidas en la USM de Alcañiz, a través de la historia clínica electrónica del Servicio Aragonés de Salud, durante el periodo temporal comprendido entre enero y marzo de 2019, que habían sido emitidas desde los equipos de atención primaria del sector de Alcañiz, demandando una primera valoración de pacientes sin seguimiento previo en Salud Mental que presentaban trastornos adaptativos.

Los resultados hallados confirman que el 50% de estas derivaciones cumplían los criterios establecidos e implantados durante el desarrollo del proyecto. Igualmente, el 45% de las consultas correspondientes a aquellos casos de sintomatología más leve, han sido resueltos y controlados por el médico de atención primaria, aplicando las recomendaciones sugeridas desde psiquiatría, situación que supone una disminución del gasto sanitario en asistencia especializada no pertinente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el equipo, se valora positivamente la consecución de los objetivos fijados y se concluye de manera satisfactoria el proyecto, considerando que ha supuesto un avance importante en el proceso de coordinación entre salud mental y atención primaria, con mejoría de la calidad asistencial de los pacientes. Por ello, sería recomendable su replicación en otras Unidades de Salud Mental.

7. OBSERVACIONES.

Sin observaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1556 ===== ***

Nº de registro: 1556

Título
OPTIMIZACION DEL ABORDAJE CLINICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESION DESDE ATENCION PRIMARIA, EN COORDINACION CON LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
BECERRA DARRIBA HELENA, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología: Trastornos depresivos y de ansiedad
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La interconsulta virtual establece una colaboración directa entre profesionales. Sin embargo, en los trastornos depresivos y de ansiedad que son identificados y canalizados desde Atención Primaria a nuestra Unidad de Salud Mental a través de esta herramienta, hemos detectado manejos terapéuticos inadecuados, escasa resolución previa de cuadros clínicos leves, dificultades en la valoración de la gravedad de la sintomatología y elevada heterogeneidad en los criterios de derivación, especialmente si la patología se presenta en el contexto de un proceso adaptativo. Todo ello contribuye a empeorar el pronóstico con aparición de complicaciones y prolongación de la disfuncionalidad.

Pertinencia: radica en la necesidad evidenciada de proporcionar una formación a los facultativos de atención primaria, para el correcto abordaje de los trastornos depresivos y de ansiedad desde su presentación temprana. Ello posibilitará la discriminación precoz de aquellos casos que precisen una intervención especializada, mediante la aplicación de un protocolo consensuado de derivación y tratamiento, optimizando el uso de la Interconsulta Virtual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Instaurar un protocolo unificado para el manejo clínico desde Atención Primaria de los trastornos depresivos y de ansiedad, que incremente la eficiencia de las interconsultas virtuales con Salud Mental.

Resultados que se espera conseguir:

- Asumir desde Atención Primaria el manejo terapéutico elemental de la sintomatología ansioso-depresiva leve en contextos adaptativos, de pacientes sin antecedentes psiquiátricos previos ni criterios de gravedad, con el apoyo de psiquiatría como consultor virtual.
- Identificar desde Atención Primaria a pacientes con trastornos depresivos y de ansiedad susceptibles de recibir asistencia especializada, para su canalización a Salud Mental e inicio precoz de tratamiento.
- Disminuir la prescripción prolongada de psicofármacos ansiolíticos de potencial abuso como primera elección desde Atención Primaria, ofreciendo formación para la correcta elección terapéutica de antidepresivos en estas patologías.
- Reducir el gasto sanitario que supone la asistencia especializada de trastorno mental común no complicado en un dispositivo psiquiátrico ambulatorio.

Población diana: Mujeres y hombres con edad mínima de 18 años, que consulten en Atención Primaria del Sector de Alcañiz, presentando sintomatología ansioso-depresiva.

Dirigido a: Equipos de Atención Primaria del Sector Sanitario de Alcañiz.

MÉTODO

1. Elaboración y distribución telemática por el Equipo de la USM de algoritmos de manejo clínico de los trastornos depresivos y de ansiedad destinados a Atención Primaria, que faciliten la toma de decisiones terapéuticas.
2. Diseño y difusión telemática de un protocolo por el Equipo de la USM, con criterios homogéneos de derivación de trastornos depresivos y de ansiedad desde Atención Primaria a Salud Mental, así como la identificación de sintomatología de gravedad.
3. Implantación de una plantilla modelo en la Historia Clínica Electrónica, para la solicitud de interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria, que recoja la información clínica necesaria para la gestión de los casos, asignación de terapeuta y preferencia de la intervención.
4. Distribución de material formativo virtual a los profesionales de Atención primaria en relación al uso racional de psicofármacos ansiolíticos y manejo de antidepresivos.

Se enviará un vídeo explicativo a los Equipos de Atención Primaria, detallando la correcta aplicación de los algoritmos y protocolos diseñados. Desde la USM se responderán vía email aquellas dudas que puedan surgir del funcionamiento y puesta en marcha del proyecto.

INDICADORES

Fuente de datos: Historia Clínica Electrónica del SALUD.

- Proporción semestral de Derivaciones a Salud Mental desde Atención Primaria que cumplen con los criterios establecidos (mín. 20%, máx. 100%).
- Proporción semestral de Interconsultas virtuales a Salud Mental desde Atención Primaria que han aplicado la plantilla modelo (mín. 20%, máx. 100%).
- Proporción semestral de pacientes asumidos en Atención Primaria con apoyo de Psiquiatría como consultor virtual (mín. 20%, máx. 100%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1556

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LAS DERIVACIONES A SALUD MENTAL DESDE ATENCION PRIMARIA DE LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración aproximada de 12 meses, con inicio en septiembre de 2018 y finalización prevista en septiembre de 2019.

Los responsables de su implantación serán las psiquiatras, psicólogas y enfermera de la USM. Cada actividad se realizará durante todo el periodo temporal que permanezca activo el proyecto, con disponibilidad ilimitada del material distribuido. Se enviarán emails mensuales a los coordinadores de Atención Primaria del sector, recordando la aplicación de los algoritmos y protocolos del proyecto. Cada seis meses se reservarán tres horas dentro del horario laboral, para la evaluación de los resultados por los miembros del Equipo de la USM.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1136

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE INMACULADA ALBESA BENAVENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AMESTOY CHIESA MARCELA
SENDER ALEGRE LAURA
CASTELLANO JUSTE ISABEL
AGUILAR JULIAN MARTA
PIRVULESCU MARIANA
FACI OLMOS MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo. Se ha elaborado a nivel de sector, por grupo de trabajo de sector en el que hemos participado, aunque se va a difundir en este primer trimestre de 2018.
- Sesiones formativas. Se ha informado a los profesionales médicos y de enfermería del procedimiento de intervención, y se ha incluido en el contrato de gestión de mac y eac los indicadores relacionados con el tabaquismo. Se ha formado a 3 profesionales en la realización de espirometrías, y se ha hecho hincapié sobre la necesidad de derivación para realización de espirometrías a los fumadores entre 50 y 80 años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco: hemos pasado del 41,75% en Diciembre de 2016 al 50,33%.
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco: hemos alcanzado nuestro máximo histórico en un 48,77%, aumentando considerablemente el indicador de intervención, lo que valoramos especialmente en un centro con elevada demanda.
- % de pacientes fumadores entre 50-80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años. El resultado está en estos momentos en un 25% equidistante de los estándares mínimo y excelente del sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La acción coordinada de la formación y la inclusión de los indicadores en contrato de gestión individualizado ha conseguido que nuestro centro de salud haya roto el techo del 40% en la intervención de tabaquismo, incrementando simultáneamente la detección de fumadores. Como es un indicador con ventana temporal de dos años, confiamos en mejorar significativamente al año que viene.
- El dato de espirometrías es mejorable. Confiamos en que la difusión del programa favorezca la petición de espirometrías.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1136 ===== ***

Nº de registro: 1136

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
TELMO HUESO SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA, SENDER ALEGRE LAURA, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, AGUILAR JULIAN MARTA, PIRVULESCU MARIANA, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1136

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

PROBLEMA

4. PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA.

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Fuente: cuadro de mando

DURACIÓN

Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1491

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARCELA AMESTOY CHIESA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SORRIBAS MARTIN MIRIAM
ARENZANA GARCIA SARA
LAMBEA SALVADOR ESTHER
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA
COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El programa no se ha podido llevar a cabo de momento, ya que el tiempo no ha permitido realizar salidas matutinas, por otro lado la falta de médicos, ha obligado a doblar consultas médicas en diferentes pueblos desde antes del periodo estival, por lo que no ha dejado tiempo suficiente para coordinar de forma adecuada la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque no se ha realizado la actividad, la población sigue motivada en la realización de la misma ya que preguntan y se interesan por el inicio de las mismas.
De hecho la ruta ya se diseñó, y hay pacientes que la realizan de forma individual o en pequeños grupos, acudiendo posteriormente a la consulta médica e informando de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que haberse podido ejecutar en el periodo marcado de Julio a Noviembre, los resultados hubieran sido muy buenos, ya que no solo hubieran participado los habitantes habituales de la población sino también los residentes temporales.
Se prevé reiniciar la actividad en marzo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1491 ===== ***

Nº de registro: 1491

Título
CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

Autores:
AMESTOY CHIESA MARCELA, SORRIBAS MARTI MIRIAM, TELMO HUESO SIRA, SENDER ALEGRE LAURA, ARENZANA GARCIA SARA, LAMBEA SALVADOR ESTHER, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, COLMENERO QUILEZ ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

En el cuidado del individuo es fundamental encontrar un equilibrio en sus hábitos higiénico-dietéticos que incluyen una alimentación sana, el ejercicio y el sueño reparador. Creemos que si motivamos a la población para iniciar una actividad en conjunto con pautas concretas para realizar un ejercicio se podría concientizar a la misma de la importancia que tiene el ejercicio en su buen estado general

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar el interés de la población por modificar sus hábitos sedentarios de vida para mejorar su calidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1491

1. TÍTULO

CAMINATAS CARDIO-SALUDABLES EN TORRECILLA DE ALCAÑIZ

vida.

MÉTODO

Establecer un día a la semana con un horario concreto donde reunir a aquellos que estén interesados en participar de las caminatas.

Nombrar dos responsables dentro del grupo que sean los encargados de llevar a cabo los recorridos.

Determinar diferentes rutas para cada día.

Previo a la caminata realizar ejercicios de estiramiento.

Al finalizar la caminata repetir los ejercicios de estiramiento.

INDICADORES

Trascurridos dos meses de iniciado el proyecto se pasará una encuesta para valorar la motivación de los participantes y recoger sugerencias para ir mejorando la actividad.

DURACIÓN

JULIO A NOVIEMBRE DE 2017, una vez a la semana

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE SIRA TELMO HUESO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARENZANA GARCIA SARA
CLAVIER ESCANILLA ESTEFANIA
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
GRACIA JOSA SONIA
PIRVULESCU MARIANA
GASCA BEL LORENZO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores:

- Se ha alcanzado una mejora importante en los de enfermería y los de diabetes, que se detallan en el proyecto "Gestión de indicadores en enfermería".

- Los indicadores de antibióticos en pediatría han mejorado modestamente, a pesar de la comunicación realizada... El indicador de prescripción en faringoamigdalitis en pediatría, obteniendo una mejora de un 5,5% (hemos pasado del 58,44% al 63,9%), mientras que en el de antibioterapia en otitis hemos pasado de un 77,33% a un 80,96%, existiendo espacio para la mejora en 2018..

-Eficiencia en visitas: Se desarrolla en proyecto aparte

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO:

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y externa y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. La auditoria externa realizada en Andorra encontró una pinza esterilizada hace más de 6 meses lo que nos ha obligado a implantar un sistema de control de caducidades del material estéril a todos los centros.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna encontró problemas en las fechas de apertura de varios envases multidosis lo que ha dado lugar a una acción de mejora,

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. Se han registrado 54 incidencias, la mayor parte relacionadas con los fallos de OMI, aspectos de seguridad laboral como los contenedores de residuos, deficiencias de los consultorios... las más importantes han dado lugar a no conformidades. Destacamos la acción de mejora de la creación de un mensaje para las llamadas telefónicas no atendidas, dado que hasta que se implantó, cuando alguien llamaba por una urgencia podría encontrarse fácilmente con la situación de que no le cogían el teléfono. Actualmente se les informa de que nuestras líneas están ocupadas y que si tienen alguna urgencia pueden llamar a 061.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido que ha incluido reciclaje en reanimación cardiopulmonar.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Una nevera se estropeó en la campaña de 2016 teniendo que desechar vacunas. A lo largo de 2017 no se arregló y la auditoria externa señaló el problema como no conformidad por lo que finalmente se consiguió cambiar la nevera. Se ha

9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 06/09/2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Cambio de nevera con fecha 06/09/2017

- En la auditoria interna: 27/09/17, se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización.

Se destacó la mejora en seguridad derivada del sistema de gestión de almacenes y botiquines, el sistema de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

fijación de la bombona de oxígeno en el coche, la gestión de proyectos y la abundancia de proyectos comunitarios en los últimos años.

Se señalaron problemas puntuales en documentación, además del problema descrito de los envases multidosis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1495 ===== ***

Nº de registro: 1495

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
TELMO HUESO SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA, ARENZANA GARCIA SARA, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, GRACIA JOSA SONIA, PIRVULESCU MARIANA, GASCA BEL LORENZO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todos los pacientes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
El centro de salud de Alcañiz está certificado desde el año 2016 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

MÉTODO

MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:

Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
Indicadores programa de diabetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1495

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz.
Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos).
Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo
Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

Mayo: revisión por la dirección

Junio-Septiembre: auditoría interna

Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MOLINS GASCON AURORA
HERRERO BLASCO JOSE LUIS
BLANC EMPERADOR CARMEN
SANZ PEREZ ANA MARIA
VILLANOVA ALTABELLA ROSA
SANCHO VELILLA ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- En el mes de Julio se realizó reunión de equipo para introducir el concepto de consulta no presencial. Esto incluyó el rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Se mostraron las recomendaciones del artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el mes de Diciembre todas las agendas tienen entre 3 y cinco huecos de demanda no presencial. En una revisión de final de año donde se evaluó la utilización de al menos una visita diaria de consulta no presencial se encontró que el 62,5% de los médicos utilizaba al menos un hueco diario mientras que en enfermería el % bajaba al 37,5%.
En estos momentos se dispone de datos de SIAP hasta septiembre, momento en que no todas las consultas habían establecido los huecos de consulta no presencial. Estos son los resultados

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de demanda en MF/ Pediatría: 3,23%
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de en enfermería: 2,16%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que de haberse podido evaluar Noviembre o Diciembre los resultados habrían sido mejores, ya que en Septiembre todavía es mes de vacaciones y los sustitutos no pueden realizar demanda no presencial. El sector está elaborando un procedimiento de consulta no presencial para homogeneizar la tipología de casos que se pueden incluir en este concepto y vamos a continuar trabajando hasta conseguir los objetivos previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1521 ===== ***

Nº de registro: 1521

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE, MOLINS GASCON AURORA, HERRERO BLASCO JOSE LUIS, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCANIZ

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

MÉTODO MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ PEREZ ANA MARIA
BLANC EMPERADOR CARMEN
VILLANOVA ALTABELLA ROSA
SANCHO VELILLA ROSA MARIA
CAMPOS BERNAL ALBA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con este proyecto de mejora pretendíamos mejorar la gestión de los pacientes sin cita (indemorables) en nuestro Centro de Salud. Las citas indemorables son un problema de primer orden en nuestro centro, dado que los cupos son elevados entre 1700 y 1900 pacientes con un porcentaje aproximado de 30% de pacientes mayores de 65 años. Por parte de la Unidad Administrativa se ha intentado informar a la población del correcto funcionamiento de los servicios del Centro, la adecuada gestión y los distintos modos de solicitar cita previa y concienciar a los pacientes de la importancia de usar correctamente este tipo de citas.

Se elaboró un folleto explicativo que se entregaba a los pacientes en el caso en que fuese preciso solicitar cita indemorable.

Se comunicó a los profesionales, la importancia de reforzar en consulta la información proporcionada desde la Unidad Administrativa.

Se contabilizó el número de citas indemorables en los meses de febrero y marzo de 2017

Se analizó el número de citas indemorables en los meses de octubre y noviembre de 2017 (una vez implementado el procedimiento)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cuantificado el número total de citas indemorables de las agendas OMI de los médicos de atención primaria en Alcañiz (no se han contabilizado agendas de los consultorios locales, dado que allí no se realizó la intervención).

En los meses de febrero y marzo de 2017 el número total de citas indemorables realizadas en nuestro Centro de Salud fue de 1255

En los meses de octubre y noviembre de 2017 el número total de citas indemorables realizadas fueron de 1172

El resultado no fue nada satisfactorio porque solo se disminuyó en 83 el número total de consultas indemorables, lo que supone apenas una reducción del 6,6%. Lo cual no es valorable ni significativo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que cualquier medida que pueda tomarse para mejorar la concienciación y el buen uso de los servicios sanitarios es siempre una buena medida, aunque después los resultados no sean todo lo satisfactorios que se pretendía.

Hay ciertos problemas, ajenos a la implementación del proyecto que han dificultado en gran medida la gestión de las citas indemorables.

Por una parte, se comenzó a instaurar este proyecto en el mes de julio. Los meses de julio, agosto y septiembre, son difíciles de gestionar porque son meses de verano en que hay muchos profesionales de vacaciones y ante la falta de sustitutos se tienen que cerrar consultas. Al acumular consultas el resto de profesionales, es inevitable no canalizar el exceso de pacientes a consultas indemorables. Con lo que las medidas de información y educación sanitarias no son tan efectivas.

Los meses de octubre y noviembre, tuvimos un elemento menos en el equipo para sustituciones y contingencias. Esto ocasionó el cierre de más consultas de las deseadas en esta época del año, con el consiguiente aumento de citas indemorables para el resto de profesionales del Equipo. Nunca sabremos si a iguales condiciones de personal que en los meses de febrero y marzo, el porcentaje de reducción de citas indemorables hubiese sido mayor del que realmente hemos obtenido.

En la Unidad Administrativa se aumenta mucho la tensión con los usuarios, si estos no consiguen cita con su médico y encima no se les ofrece la alternativa de ser atendidos aunque sea por otro profesional. Por lo que tampoco se ha podido insistir tanto como nos hubiese gustado.

Creemos que este proyecto puede ser factible, y que debemos seguir insistiendo en los objetivos planteados. Pero pensamos que en la valoración de los resultados es importante tener en cuenta los factores ajenos al mismo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1522 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 1522

Título
GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
GAN GARGALLO MARIA CARMEN, CAMPOS BERNAL ALBA MARIA, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANÁLISIS DE SITUACIÓN PERTINENCIA DEL PROYECTO

El elevado volumen de pacientes indemorables que no son urgencias médicas es un problema asistencial de primer orden.
La información a la población y la coordinación entre estamentos profesionales con un mensaje unificado puede contribuir a que los usuarios usen mejor el centro.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS DEL PROYECTO

Mejorar la calidad de la asistencia mediante el correcto manejo del paciente sin cita en el centro de salud.
3 Informar a la población del correcto funcionamiento de los servicios del centro
4 Concienciar y corresponsabilizar sobre el uso correcto a los pacientes que solicitan consulta indemorable
5 Mejorar la calidad de las consultas disminuyendo los indemorables

MÉTODO

ACTIVIDADES Y OFERTA SERVICIOS Elaboración de procedimiento de asistencia al paciente indemorable que contendrá los siguientes aspectos:
6 Citar al paciente que demanda por un motivo burocrático en la agenda habitual de su médico
7 Explicar por parte de la unidad administrativa qué es una cita indemorable. Se creará un folleto explicativo para repartir por los administrativos
8 Si a pesar de todo se le cita al paciente para ser atendido en ese mismo día se anotará en observaciones de la cita que el paciente ha sido informado y se le ha entregado el folleto explicativo

INDICADORES

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% pacientes con cita indemorable antes y después de la intervención.
Análisis de las agendas de dos meses antes de la intervención, y análisis de las agendas de dos meses tras la intervención en la misma estación del año.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Junio: Elaboración del procedimiento y del folleto
Junio: Medición de % de indemorables en los meses de Febrero-Marzo
Julio-Diciembre: Implementación del procedimiento
Enero 2018: Medición de % de indemorables en los meses de Noviembre-Diciembre

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1522

1. TÍTULO

GESTION DE LA CITA INDEMORABLE EN EL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUILAR JULIAN MARTA
NAYA PUERTO SHEILA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

- Se ha constituido un grupo de trabajo con responsable definido
- Se presentaron los resultados del año anterior y se hizo revisión cuatrimestral de indicadores, priorizando los indicadores de peor resultado para iniciar acciones de mejora, entre las que destacamos:
- Sesión sobre implicación de enfermería en el programa de diabetes (implicación en solicitud de analíticas y pruebas complementarias
- Pie diabético
- Planes de cuidados de EPOC
- Intervención de tabaquismo
- Sesión sobre manejo de doppler vascular
- Plan de cuidados de conocimientos deficientes en diabetes.
- Información y vigilancia cuatrimestral del indicador propuesto a las matronas: pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADORES Y EVALUACION
2016 2017 Mejora absoluta
Intervención Tabaquismo 41.75 50.33 8.58
Detección Tabaquismo 46.53 48.77 2.24
RCV 70.02 73.88 3.86
EPOC sintomas 18.79 56.05 37.26
EPOC vias aereas 15.15 54.78 39.63
Captacion dependiente 13.77 10.51 -3.26
Riesgo de Caidas 73.74 91.3 17.56
Norton 79.03 94.24 15.21
DIABETES
Riesgo del pie 37 37
HbA1C 6 meses 41.68 45.04 3.36
Conocimientos diabetes 35.84 47.51 11.67
Microalbuminuria 63.02 65.04 2.38
GFR 44.82 64.68 19.86
Presion arterial 53.66 52.9 -0.76
LDL 63.75 64.91 1.16
Exploracion del pie 48.1 53.31 5.21
Registro Hipoglucemia 43.35 55 11.65

Destacamos la mejora importante obtenida en los planes de cuidados de EPOC (tras sesión sobre rehabilitación respiratoria en pacientes con EPOC ligada al método de registro de los planes personales mencionados, obteniendo mejoras cercanas al 40% respecto al año anterior. También han mejorado sensiblemente los indicadores de evaluación de riesgos de paciente dependiente, estando los dos por encima del 90%.

En diabetes hemos mejorado el plan de cuidados de conocimientos en diabetes en un 12% respecto al año anterior, aunque aún queda espacio para la mejora. Se han producido incrementos modestos en la cobertura de analíticas, destacando que durante todo el año el indicador de glicada ha estado por encima del 50% cayendo el indicador en los últimos 2 meses, que creemos que está relacionado con el incremento de la demanda. En cualquier caso, las mejoras de coberturas son pequeñas y hay espacio para la mejora. La cobertura de exploración de pie diabético ha crecido hasta el 53% de los pacientes, siendo la evaluación del riesgo del 37%, lo que se debe a un problema de registro a comienzos de 2017. También destacamos el 12% de mejora en el registro de hipoglucemia.

El indicador de pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años ha pasado de un 13% a un 25% en el año 2017 habiendo superado el estándar mínimo propuesto pero un 5% por debajo del estándar excelente. En cualquier caso, hay que señalar que partíamos con niveles por debajo de la mayoría de los centros del sector.

La sesión sobre evolución del índice tobillo-brazo se realizó en el mes de Octubre, lo que ha limitado la implantación de este indicador que ha quedado en un 4% de los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con más

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

de 10 años de evolución de la enfermedad.

Finalmente, aunque se desarrolla en otro proyecto también hemos hecho hincapié en los indicadores de tabaquismo, habiéndose alcanzado el 50% por primera vez en el indicador de intervención sobre tabaquismo, todo ello incrementando simultáneamente la detección de fumadores que ha quedado en un 48,77%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un contexto de falta de tradición de gestión por objetivos, la adopción de un grupo de trabajo de enfermería con seguimiento periódico de los objetivos del cuadro de mando ha permitido mejorar considerablemente la atención a los pacientes con más necesidades de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1608 ===== ***

Nº de registro: 1608

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, AGUILAR JULIAN MARTA, SHEILA NAYA PUERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cronicos
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales y planes cuidados y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión con dos cupos que bajan del 20%.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcañiz.

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales
- Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1608

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Septiembre: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- septiembre: Sesiones clínicas sobre tabaquismo, doppler, pie diabetico y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter bimensual se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 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 - 2016/1612

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 08/11/2018

2. RESPONSABLE MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO JUSTE ISABEL
NAYA PUERTO SHEILA
GRACIA JOSA SONIA
GIMENO BALLONGA MARIA PILAR
FOZ ANDREU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Inventario de material quirúrgico del centro de salud. Se ha desechado lo que estaba en mal estado y se ha pedido material nuevo para poder completar los equipos.

- Se ha elaborado un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pintas de Adson de dientes finos y porta. Cada kit de sutura se ha marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que los equipos se identifican con colores.

- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprueba la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes y lo registra en formato específico de Lunes a Viernes. En caso de faltar alguno de los componentes se da aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es preciso con reunión de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha sufrido un retraso importante por causas ajenas a nuestra voluntad, dado la dificultad para conseguir cintas de marcado de material, debido a que han sido retiradas de SERPA sin dejar alternativa posible, lo que ha hecho que la mayor parte de nuestro tiempo en este proyecto se haya dedicado a buscar alternativas. Finalmente se ha conseguido, de tal forma que estamos implementado el proyecto desde el mes pasado.

% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos: 100%.

Por el momento no ha desaparecido ningún equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está inspirado en el proyecto del centro de salud de Andorra donde se consiguió acabar con el problema de la falta de disponibilidad de material de sutura en urgencias. Sin embargo y a pesar de nuestra petición razonada no se ha conseguido adquirir las cintas a través de compras, teniendo que solucionarlo de forma improvisada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1612 ===== ***

Nº de registro: 1612

Título
GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS Y DE URGENCIAS

Autores:
AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, NAYA PUERTO SHEILA, GIMENO BALLONGA MARIA PILAR, FOZ ANDREU CARMEN, GRACIA JOSA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1612

1. TÍTULO

GESTION DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS

Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Operativos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No es infrecuente que tengamos problemas en urgencias para conseguir equipos de sutura adecuados. Con frecuencia el material de buena calidad desaparece para realizar curas en domicilio y en urgencias queda el material de menor calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Disponibilidad permanente en urgencias de equipos de sutura adecuados.

MÉTODO

- Se elaborará un conjunto de kits de sutura compuesto por tijeras, pinzas de Adson de dientes finos y porta.
- Cada kit de sutura estará marcado con cintas de un color (cada una de las piezas) de tal manera que existirá un equipo azul, rojo... los tres componentes de cada kit se embolsarán juntos
- Cada mañana, al terminar la guardia el auxiliar de clínica comprobará la disponibilidad para el uso de todos los kits y sus componentes. En caso de faltar alguno de los componentes se dará aviso inmediato a los coordinadores del equipo para trazar el componente perdido, si es preciso con reunión de equipo.
- La disponibilidad o ausencia de los kits se registrará de Lunes a Viernes en un formato específico

INDICADORES

% días en los que consta registro de disponibilidad de los equipos

DURACIÓN

Mayo-Junio: determinación de número de kits de sutura. Solicitud de material si se precisa. Marcado con cintas de las piezas de los kit de sutura. Elaboración de registro de kits disponibles.

Junio: Información al equipo de la sistemática

Evaluación: Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
AGUILAR JULIAN MARTA
FACI OLMOS MIRIAM
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
SALES BUJ ARANTXA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el Centro de Salud, consideramos que es primordial que los niños de 6º de primaria conozcan cómo actuar ante determinadas situaciones que requieran primeros auxilios.

Al inicio de la Actividad Comunitaria se forma un grupo de trabajo compuesto por médicos y enfermeras de atención continuada del Centro de Salud, se ponen en común las ideas, se consensúan los objetivos y el contenido de la misma.

Se designa un responsable de la actividad, quién se pone en contacto con los equipos directivos de los demás centros educativos de la población, dándoles a conocer dicha Actividad, quienes muestran gran interés incluyéndola dentro del horario lectivo.

Tras la revisión bibliográfica de los contenidos se solicita autorización para el uso divulgativo del material audiovisual utilizado.

Dada la importancia de la práctica en el aprendizaje de las maniobras de RCP es necesario disponer de maniqués, para ello nos concede la utilización de los mismos la responsable de formación del Sector de Alcañiz.

Una vez aceptada la Actividad Comunitaria por todos y de acuerdo con los alumnos matriculados en cada centro, se elabora el calendario de trabajo.

La actividad se realiza en 5 días lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio, con una duración aproximada de 2,5h.

Se elabora y adapta el contenido de las sesiones de acuerdo a la edad escolar de los alumnos, intercalando a la presentación de diapositivas, videos explicativos para captar su atención. Además de un test que nos sirve para evaluar los conocimientos previos, los adquiridos con el taller y los fijados tras 2 meses del mismo.

La formación teórica impartida a los niños durante una sesión de 50' se centra en saber "cómo reconocer", "qué hacer" y "qué no hacer" ante:

- Conducta PAS
- Pedida de conocimiento
- Posición lateral de seguridad (PLS)
- Reanimación cardiopulmonar básica
- Atragantamiento (OVACE)
- Convulsiones
- Reacción alérgica
- Dificultad respiratoria
- Hipoglucemias
- Accidente eléctrico
- Ahogamiento
- Epistaxis
- Picadura de insecto
- Cuerpo extraño en el ojo
- Heridas, quemaduras, golpes y traumatismos
- Intoxicaciones
- A qué teléfono llamar

Una vez concluida la teoría, el grupo se divide para realizar la parte práctica de RCP, OVACE, PLS y repaso de los temas tratados mediante la repetición del test para evaluar el aprovechamiento de la actividad.

Posteriormente se contacta con los centros para valorar la satisfacción de la Actividad Comunitaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez terminado el trabajo de campo se analizan estadísticamente los resultados obtenidos.

Alumnos matriculados en 6º de primaria: 207

-Colegio Emilio Diaz: 76 de los cuales realizan la actividad de forma voluntaria 40

-Colegio Juan Lorenzo Palmireno: 25 de los cuales realizan la actividad 24

-Colegio La Inmaculada: 19 de los cuales realizan la actividad 19

-Colegio San Valero: 24 de los cuales realizan la actividad 24

-Colegio Juan Sobrarias: 63 de los cuales realizan la actividad 59

El total fue de 166 asistentes, el 80.2% de los alumnos matriculados.

El test consta de 37 ítems, de los cuales 7 eran para rellenar y el resto tipo test con una sola opción correcta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

La puntuación media obtenida en los 139 cuestionarios previos a las sesiones fue de 20.61 sobre 37; en cambio en los 166 posteriores al taller la media es de 34.18 respuestas correctas y 2 meses después se recogen 149 test cuya puntuación media es 28.87.

Estudio cuantitativo de intervención comunitaria cuya población a estudio es el total de alumnos matriculados en 6º de primaria en Alcañiz.

Las variables analizadas son:

Colegio: V. cualitativa de 5 categorías

Momento de recogida: V. cualitativa de 3 categorías

Nº de respuestas correctas: V. cuantitativa discreta

Respuestas de los alumnos: V. cualitativa, con la finalidad de detectar errores habituales.

Respuestas evaluadas como correcta/incorrecta: V. cualitativa de 2 categorías

Para la recogida de datos, se elabora un test que consta de 37 items; considerando las respuestas no contestadas o nulas como incorrectas

En base a la no normalidad de la muestra se realizan pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis) para estudiar la relación entre el momento de recogida y el número de respuestas correctas, obteniendo una significación de $p=0.000$.

Se aplican pruebas post hoc obteniendo como resultado de la diferencia de medias:

PRE-Taller= -36,67, PRE-POST= -22,33, Taller-POST= 14,35

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha resultado muy gratificante para los profesionales participantes y ha sido valorada positivamente tanto por los alumnos como por los docentes.

Al acabar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables.

En base a los resultados obtenidos se concluye que los alumnos aumentan sus conocimientos tras las sesiones, pero que olvidan parte del contenido con el transcurso del tiempo, por lo que sería interesante repetir la formación periódicamente, además de dejar material gráfico en forma de póster en cada colegio y en el Instituto de Educación Secundaria (Centro formativo al que pasan los alumnos de 6º de primaria) para fijar mejor la información y obtener mejores resultados.

7. OBSERVACIONES.

Dado el interés por parte de los docentes y alumnos de continuar con la actividad; este año 2019 se acudirá de nuevo a los colegios de Alcañiz; cambiarán parte de los integrantes grupo de trabajo puesto que dos compañeras actualmente forman parte de otros centros.

Está previsto modificar aquellos aspectos en los que nos dimos cuenta que se podían mejorar. Como puede ser la elaboración de un poster-resumen para cada centro educativo, para que les pueda servir de consulta en caso de duda.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, ALBESA BENAVENTE IMMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, FACI OLMOS MIRIAM, LOPEZ ESTERUELAS REYES, MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017 del director general de innovación, equidad y participación...)

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.

Se forma un grupo de trabajo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:

Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios

ESPECIFICOS:

Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.
Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

MÉTODO

Realización de test para determinar conocimientos previos
Sesión teórica de lhora
Sesión práctica de lhora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.
RECURSOS:
Busqueda bilbliografica
Tomenta de ideas
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica
Petición de permisos para exhibición de audiovisuales e imágenes de la presentación
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP
Ordenador portatil, altavocez y proyector
Fotocopias de los test
Varias salas de los respectivos colegios para la teoria y prácticas
Division de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

INDICADORES

Entrevista con los centros para la valoración de la satisfaccion al finalizar los talleres.
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijajdos 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

DURACIÓN

Elaboracion del contenido teorico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses
Llevar a cabo la actividad: 5 dias lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio (2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

OBSERVACIONES

El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018_0096 contrato programa)
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.
Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con caracter bianual.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL CASTELLANO JUSTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBESA BENAVENTE IMMACULADA
AGUILAR JULIAN MARTA
SALES BUJ ARANTXA
FACI OLMOS MIRIAM
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
PEREZ PORCAR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los niños de 6º de primaria están capacitados para actuar ante determinadas situaciones que requieren primeros auxilios, por eso desde el centro de salud consideramos que es primordial que reciban formación en dicho campo.

La actividad del primer año sirve como pilotaje para comprobar la acogida en los centros educativos, tanto de los docentes como por parte de los alumnos, así como para ajustar contenidos y herramientas de evaluación y de apoyo.

Del mismo modo que el año anterior, se reúne el grupo de trabajo para dar forma a la actividad y modificar los puntos que se consideran que eran mejorables.

El grupo de trabajo sigue estando compuesto por médicos y enfermeras del centro de salud de Alcañiz aunque algunos de los integrantes se encontraban en ese momento en otros destinos del SALUD, han continuado su colaboración en la actividad comunitaria.

En relación a los contenidos iniciales, se disminuye el volumen de teoría a impartir, centrando la atención en los puntos en los que los niños tienen más capacidad de intervención. Otra modificación es la simplificación del test para ajustarlo al nuevo contenido y evitar las preguntas que por su edad les resultan complejas o ambiguas.

Según los resultados obtenidos el año anterior, especialmente en el postest a los 2 meses de la actividad, se considera importante dejar material gráfico de apoyo en los centros educativos. Por este motivo se elabora un póster resumen que recopila en imágenes y breves descripciones la información impartida. Hacemos mención a la colaboración de Pilar Riquelme (personal del C. S. de Alcañiz) como creadora de los dibujos explicativos del póster.

De nuevo nos ponemos en contacto con los equipos directivos de los centros educativos, que nos acogen mostrando de nuevo gran interés, se concreta el calendario y proporcionamos las hojas para la evaluación previa de los conocimientos de los alumnos.

Una vez concretadas las fechas se solicita la reserva de maniqués para las prácticas.

La actividad se realiza durante 5 días lectivos en horario de mañanas y tardes según preferencias de los centros educativos, con una duración aproximada de 2,5 horas.

Seguimos basando la presentación del contenido teórico en vídeos explicativos intercalados con sencillas diapositivas con el material más significativo.

Esta formación teórica tiene una duración de 30-40 minutos y se centra en saber "cómo reconocer", "qué hacer" y "qué no hacer" ante:

Conducta PAS
Pérdida de conocimiento
Posición lateral de seguridad (PLS)
Reanimación cardiopulmonar básica
Atragantamiento (OVACE)
Convulsiones
Epistaxis
Picadura de insecto
Cuerpo extraño en el ojo
Heridas, quemaduras, golpes y traumatismos
Intoxicaciones
A qué teléfono llamar.

Una vez concluida la teoría, el grupo se divide para realizar la parte práctica de RCP, OVACE, PLS y repaso de los temas tratados mediante la repetición del test para evaluar el aprovechamiento de la actividad.

Posteriormente se contacta con los centros para valorar la satisfacción de la Actividad Comunitaria, siguiendo la dinámica del año anterior.

Se decide no realizar el postest a los 2 meses de la actividad porque los resultados del año anterior

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

mostraron un evidente descenso de los conocimientos. Juzgamos irrelevante para nuestro proyecto cuantificar este descenso en los meses posteriores, considerándolo desmotivador para los alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez concluidas todas las sesiones se procede al análisis estadístico de los resultados obtenidos. Alumnos matriculados en 6º de primaria en el curso 2018-2019:

- Colegio Emilio Díaz: 87, de los cuales realizan la actividad de forma voluntaria 44
- Colegio Juan Lorenzo Palmireno: 18, de los cuales realizan la actividad 15
- Colegio La Inmaculada: 23, de los cuales realizan la actividad 21
- Colegio San Valero: 19, de los cuales realizan la actividad 20
- Colegio Juan Sobrarias: 62, de los cuales realizan la actividad 60

El total fue de 160 asistentes, lo que supone el 76,55 % de los alumnos matriculados, a diferencia del curso 2017-2018 que fue de 166 asistentes, el 80,20% de los alumnos matriculados.

El nuevo test consta de 10 ítems, de los cuales 1 era para rellenar y el resto tipo test con una sola opción correcta.

La puntuación media obtenida en los 193 cuestionarios previos a las sesiones fue de 7,51 sobre 10; en cambio en los 160 posteriores al taller la nota media es de 9,84.

Se trata de un estudio cuantitativo de intervención comunitaria cuya población a estudio es el total de alumnos matriculados en 6º de primaria en Alcañiz.

Las variables analizadas son:

- Colegio: V. cualitativa de 5 categorías
- Momento de recogida: V. cualitativa de 2 categorías
- Respuestas de los alumnos: V. cualitativa, con la finalidad de detectar errores habituales.
- Respuestas evaluadas como correcta/incorrecta: V. cualitativa de 2 categorías
- Nº de respuestas correctas: V. cuantitativa discreta

La recogida de datos se realiza a través del test anteriormente mencionado, considerando las respuestas no contestadas o nulas como incorrectas.

En base a la normalidad de la muestra se realizan las pruebas no paramétricas (U de Mann-Whitney) para estudiar la relación entre el momento de recogida y el número de respuestas correctas, obteniendo una significación de $p=0.000$.

Este año no es necesario aplicar las pruebas post hoc como en el año anterior, puesto que se ha suprimido una categoría en la variable momento de recogida.

La medición de la satisfacción se hizo a través de la recogida de las opiniones de los centros educativos, todos ellos coincidieron en que la actividad fue muy gratificante para los alumnos y apropiada para sus aptitudes. Solicitan que se continúe con la actividad siguiendo el mismo método.

Con respecto a los resultados obtenidos, ha sido muy satisfactorio para ambas partes y se confirma que al reducir la materia se fijan mejor los contenidos impartidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al concluir el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables. Durante los dos años de duración se ha impartido la formación en primeros auxilios a un total de 326 alumnos.

Los alumnos que no pudieron asistir en horario de mañanas fue por motivos de salud y los no asistentes al taller de tarde fue por coincidir el horario del taller con sus actividades extraescolares habituales.

Se ha confirmado con los test que se realizaron antes y después del taller, que los alumnos han adquirido habilidades y destrezas, individuales y grupales, en primeros auxilios, ya que la puntuación del cuestionario, se ha visto incrementada significativamente los dos años.

Los pósteres son muy bien acogidos y se colocan en las zonas de mayor visibilidad de los centros educativos.

Se ha demostrado tanto por resultados evaluados como por la actitud y las destrezas adquiridas durante las prácticas, que les ha sido de utilidad y han adquirido los conocimientos básicos sobre primeros auxilios, del mismo modo que se sienten capacitados para actuar ante las situaciones planteadas sin temor y de forma resolutiva.

Los miembros que colaboraron en impartir el taller, tanto personal de Centro de Salud como de los Médicos Internos Residentes de Alcañiz, valoran la actividad como positiva. Es la primera vez que desde el centro de salud realiza una actividad de este tipo, logrando la implicación de gran parte del personal, tanto asistiendo como docentes al taller, como cubriendo a los profesionales que se desplazaron hasta el centro educativo.

Es necesaria la educación para la salud en los centros educativos para fomentar los buenos hábitos, espíritu de ciudadanía, responsabilidad en la infancia-adolescencia y prevenir actitudes no deseadas, familiarizándolos con situaciones de primeros auxilios.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población puede resultar de vital importancia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor y que sería importante poderlo repetir en próximos años.

7. OBSERVACIONES.

Dados los resultados obtenidos durante estos dos años y tras la demanda por parte de profesores y alumnos, y la disposición del personal del C.S. de Alcañiz, se prevé la continuidad anual de esta actividad comunitaria, pasando a formar parte de la agenda comunitaria del centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Autores:
CASTELLANO JUSTE ISABEL, ALBESA BENAVENTE IMMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, FACI OLMOS MIRIAM, LOPEZ ESTERUELAS REYES, MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos y actuación en urgencias y emergencias (segun resolución 7 nov 2017 del director general de innovación, equidad y participación...
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: -----
Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La actividad nace de una necesidad manifestada por el Colegio Emilio Diaz de Alcañiz, acerca de que los niños de 6º de primaria tengan nociones sobre primeros auxilios.
Se forma un grupo de trabajo.
Vista la buena acogida, se decide ofrecer la actividad al resto de colegios de la población, que muestran gran interés.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERALES:
Proporcionar a los alumnos de 6º primaria conocimientos básico sobre primeros auxilios
Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios

ESPECIFICOS:
Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la infancia.
Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica
Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia
Saber llevar el ritmo de las compresiones en caso de RCP

MÉTODO
Realización de test para determinar conocimientos previos
Sesión teórica de lhora
Sesión práctica de lhora (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos)
Al finalizar las 2 horas realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
Antes de la finalización del curso escolar, esta prevista la reevaluacion, con el mismo test, de los conocimiento fijados.
RECUSOS:
Busqueda bilbliografica
Tomenta de ideas
Elaboracion de diapositivas para la sesión teorica
Petición de permisos para exhibición de audiovisuales e imágenes de la presentación
Petición de los maniquies para la realización de la práctica de RCP
Ordenador portatil, altavocez y proyector
Fotocopias de los test

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0342

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º DE PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ

Varias salas de los respectivos colegios para la teoría y prácticas
División de tareas entre los integrantes del grupo de trabajo

INDICADORES

Entrevista con los centros para la valoración de la satisfacción al finalizar los talleres.
Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad, adquiridos al finalizar la misma y los fijados 2 meses después, antes de finalizar el curso escolar.

DURACIÓN

Elaboración del contenido teórico de la actividad, petición de permisos, puesta en contacto con los colegios, 2 meses
Llevar a cabo la actividad: 5 días lectivos en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio (2h y media/día) y disponibilidad de los maniquies

OBSERVACIONES

El título de esta actividad, PRIMEROS AUXILIOS PARA NIÑOS DE 6º PRIMARIA DE TODOS LOS COLEGIOS DE ALCAÑIZ (modifica al anterior proyecto enviado nº 2018_0096 contrato programa)
Se prevé la continuidad anual de esta actividad.
Dado el interés y necesidad manifestados por los docentes de todos los colegios, se prevé realizar esta misma actividad orientada a los mismos, con carácter bianual.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0391

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE SIRA TELMO HUESO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAMARRE MICHELOT
AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron las actividades dentro del calendario propuesto, dos sesiones en un solo día. El material usado fue documentación escrita y algoritmos con dibujos, para practicar se hace simulaciones donde los pacientes son miembros del equipo. Se realizaron los talleres de RCP, se expusieron las situaciones de urgencia en alta montaña y se revisaron los botiquines de rama.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados en general han sido muy buenos, Todas las dudas planteadas en el taller fueron resueltas. Las personas convocadas fueron 28, acudiendo el 100%. La satisfacción fue del 100% tanto en los conocimientos aprendidos, como en la valoración de los ponentes. Durante todo el campamento hubieron 224 asistencias sanitarias y sólo 9 de ellas fueron trasladadas al consultorio local de Panticosa, por lo que el 96% de las asistencias fueron resueltas por los sanitarios de campamento. Esos 9 pacientes trasladados al consultorio local de Panticosa supusieron el 4% de las asistencias, y consideramos que esto sucedió porque en los últimos 5 días no había médico en campamento. Ninguna asistencia precisó traslado urgente a un Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra valoración ha sido muy positiva, con gran implicación de todos los participantes, ya que todos son muy conscientes de las dificultades que hay en alta montaña a la hora de pedir un rescate o asistir una urgencia grave. Muchos de los que hicieron el curso lo han repetido en campamentos anteriores, y nos manifestaron que lo seguirán realizando ya que refrescan conocimientos y les da más seguridad. Los tres implicados en este proyecto opinamos que si seguimos acudiendo anualmente al campamento lo seguiremos realizando.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/391 ===== ***

Nº de registro: 0391

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

Autores:
TELMO HUESO SIRA, LAMARRE MICHELOT, AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología: RCP Y PRIMEROS AUXILIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El inicio de esta actividad surge hace años ante las dudas e inquietudes de los monitores del Grupo Scout 227

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0391

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN ALTA MONTAÑA

de Alcañiz durante el campamento de verano, el cual dura 2 semanas y en el cual acuden niños y adolescentes. La primera vez que se realizó fue por petición de los monitores de una manera espontánea y sin preparar nada. De allí surgió un taller de RCP y un montón de dudas ante la actuación en las diferentes situaciones que nos podríamos encontrar en la montaña y que finalmente se resolvieron. Cada año realizo este taller durante los primeros días de campamento, les da seguridad y refrescan los conceptos de otros años.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido a la rama de compañeros (futuros monitores), a los monitores y a todo el personal de Comité que se encuentra en campamento.

Resultados a obtener: refrescar los conocimientos ya aprendidos, darles seguridad cuando tengan que asistir o pedir ayuda en alta montaña ya que las actuaciones a realizar son muy concretas.

MÉTODO

Se realizan reuniones con sus talleres correspondientes. Se presenta las actualizaciones si las hay ante RCP básica y aunque siempre se prepara bibliografía, terminamos haciendo un gran taller práctico donde se exponen todo tipo de situaciones urgentes que se pueden dar en alta montaña, junto con el taller de RCP.

Se les dan nociones básicas de primeros auxilios en alta montaña.

Repasamos el botiquín mínimo que lleva cada rama en su botiquín y el uso que se le puede dar a todo su contenido. Conocen el material del que disponemos durante el campamento en la enfermería general y del que sólo hacemos uso los médico o el personal autorizado.

INDICADORES

- Dudas resueltas en el taller / total de dudas planteadas
- N° de jóvenes que se benefician del taller/ n° total de jóvenes convocados
- N° total de jóvenes satisfechos con el taller/ n° total de jóvenes que realizaron el taller
- N° total de asistencias sanitarias resueltas en el campamento/ n° total de asistencias sanitarias realizadas
- N° total de asistencias sanitarias que precisaron evacuación del campamento a un centro sanitario/ n° total de asistencias realizadas

DURACIÓN

Cada actividad tiene la duración entre 3.30 a 4 horas, por lo que se realiza una por la mañana y otra por la tarde en grupos no mayores de 14-15 personas y siempre el 2º y/o 3º día de campamento. Este año el campamento es en Panticosa del 15 al 29 de Julio, y será realizada por los tres médicos que figuramos en este proyecto.

OBSERVACIONES

ESTE PROYECTO ANULA O MODIFICA A : PROYECTO 2018_0094

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0414

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES"

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA SOLDEVILLA JIMENO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta nutricional, pasada a todos los alumnos del colegio

Elaboracion de conclusiones para organizar actividades

Organizacion de la semana de los alimentos con actividades adaptadas a cada

nivel

Charla con padres y madres sobre La Piramide de los Alimentos y explicar conclusiones de la encuesta alimentaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El profesorado ha observado un cambio en el tipo de almuerzos, mas saludables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Alta satisfacion entre el profesorado por implicacion del alumnado y algunas familias

Queda pendiente volver a pasar la encuesta a las familias y reevaluar

En el curriculum academico continuaran haciendo incapie en habitos saludables tanto en higiene como en

alimentacion, con colaboraciones puntuales por mi parte, si lo requieren.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/414 ===== ***

Nº de registro: 0414

Título

"DIME LO QUE COMES ... " DIRIGIDO AL ALUMNADO DEL COLEGIO PUBLICO SAN SEBASTIAN DE CASTELSERAS

Autores:

SOLDEVILLA JIMENO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: sin patologias

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos: nutricionales

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A partir de una encuesta nutricional dirigida al alumnado y sus familias, se detecta exceso en el consumo de productos poco saludables, ademas de excesos y carencias de determinados alimentos

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo del proyecto:

Conocer pormenorizadamente los habitos alimenticios del alumnado del colegio.

Hacer incapie en los diferentes nutrientes

Transmitir conocimientos al alumnado de forma ludica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0414

1. TÍTULO

"DIME LO QUE COMES"

Conocer la nueva piramide de los alimentos

Conocer los productos no saludables

Implicar a las familias en el conocimiento de una alimentación saludable

MÉTODO

Actividades:

Organizar la semana de la alimentación

realizar actividades lúdicas (talleres, canciones...) que hagan conocer los nutrientes y los alimentos que pertenecen a cada grupo

Las actividades serán específicas para cada grupo de edad

Se realizará una actividad con padres y madres el último día de la semana

INDICADORES

Volver a realizar la encuesta,
Observación de cambio en los almuerzos del recreo

DURACIÓN

Todo el curso escolar 2017/2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ ARRIAZU SIXTO
CAMPOS BERNAL ALBA MARIA
LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
ALBESA BENAVENTE INMACULADA
CALLAU ESCUER JOSE
FACI OLMOS MIRIAM
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el año 2017, los resultados en los indicadores del uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Analizando las posibles causas verificamos que muchas veces el registro de los diagnósticos no era el adecuado y por otra parte, sobre todo en el caso de la faringoamigdalitis estreptocócica había un abuso en el uso de combinaciones de amoxicilina con ácido clavulánico y cierto desconocimiento en el uso de las penicilinas y fenoximetilpenicilina en niños.

En el proyecto se trabajó en conjunto con los compañeros de Atención Continuada, que son los que muchas veces valoran por primera vez a estos pacientes. Se elaboró por parte del equipo de pediatría unos protocolos con los antibióticos de elección en el caso de otitis media aguda y de faringoamigdalitis estreptocócica (según la guía de la Asociación Española de Pediatría) que se dejaron en cada uno de las consultas del servicio de urgencias, para estar a disposición de los compañeros que realizan Atención Continuada. (En horario de mañana los niños son siempre valorados por pediatría). Se presentó el proyecto en reunión de equipo, se hicieron sesiones clínicas donde se destacaron aspectos sobre el diagnóstico clínico y su registro en OMI, sobre la realización del Estreptotest y sobre el tratamiento. Se dieron indicaciones claras de derivación a consulta de pediatría en horario de mañana de niños con diagnóstico dudoso con fiebre de pocas horas de evolución. Para casos de diagnóstico muy claro, se podían consultar con facilidad los protocolos de antibióticos de elección, con la pauta según peso.

Se ha ido insistiendo periódicamente en la mejoría progresiva de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En enero de 2017 el % de prescripciones en pacientes pediátricos con faringoamigdalitis aguda con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina era del 55,82%. En enero de 2018 este porcentaje era del 69,76%. En diciembre de 2018 este porcentaje era del 84,69%. Desde el inicio de la intervención se ha mejorado en un 28,87%.

En enero de 2017 el % de prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina /ácido clavulánico) era de 76,06%. En enero de 2018 se llegó al 81,17%. En diciembre de 2018 se alcanzó el 84,50%. Desde la instauración de la mejora se ha incrementado en aproximadamente un 8,44% .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo es fundamental. Aunque ya hacía tiempo que éramos conscientes que los indicadores de uso racional de antibióticos en pediatría no eran adecuados, realmente tampoco nunca nos sentamos con todas las partes implicadas para ver en que se podía realmente mejorar.

Con pautas muy sencillas, discutidas entre todas las partes implicadas, de errores en el registro de los diagnósticos, de la dificultad de los compañeros que hacen Atención Continuada en el seguimiento de los pacientes pediátricos con fiebre, facilitando la posibilidad de control por pediatría en las 24 horas siguientes, y dejando pautas claras de cómo usar antibióticos de uso menos frecuente como la penicilina V y la fenoximetilpenicilina en pacientes pediátricos hemos conseguido, por un lado mejorar los resultados de nuestros indicadores, y por ende mejorar nuestra actividad clínica.

7. OBSERVACIONES.

Las primeras acciones de este proyecto de mejora, comenzaron a realizarse a finales de 2017, pero los resultados no fueron valorables porque estos indicadores al ser anuales, la mejoría evidenciada en 6 meses es ampliamente influenciada por los resultados obtenidos en los meses anteriores.

Los proyectos de mejora en que se pretende mejoría en los indicadores del contrato de gestión se tienen que valorar a más largo plazo. Las mejoras en los indicadores que son anuales, solamente se pueden valorar cuando se dejan de lastrar los resultados del ejercicio anterior en que la mejora aún no ha sido instaurada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1133 ===== ***

Nº de registro: 1133

Título
MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN PEDIATRIA EN EL EAP ALCAÑIZ

Autores:
GAN GARGALLO CARMEN, CAMPOS BERNAL ALBA, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, LOPEZ ESTERUELAS REYES, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, FACI OLMOS MIRIAM, CALLAU ESCUER JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: OTITIS MEDIA AGUDA, FARINGOAMIGDALITIS AGUDA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de uso racional del medicamento en pediatría en el EAP de Alcañiz [uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda (FAA) y uso de antibióticos en otitis media aguda (OMA)] no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión.

Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:

- Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para esta patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, infección ... Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos.

RESULTADOS ESPERADOS

Adecuar la prescripción de antibióticos en FAA y OMA en pediatría en el EAP de Alcañiz, de acuerdo a lo indicado en el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre 2018.

MÉTODO

Presentación del proyecto al EAP de Alcañiz en reunión de equipo. Primer semestre 2018.

Formación:

Instrucción técnica a los médicos de familia del EAP, con especial incidencia en los médicos de atención continuada indicando que en caso de fiebre de pocas horas de evolución, sin diagnóstico claro, no se inicie tratamiento antibiótico, citando al paciente en la agenda de pediatría de OMI-AP del día siguiente. En caso de precisar antibióticos en la mencionada instrucción se indicarán los antibióticos que son de primera elección según patología y a qué dosis, para evitar, en la medida de lo posible, el uso de cefalosporinas y macrólidos. En el caso de la FAA y de la OMA, esta información está en el cuadro de mandos de farmacia. Junio - julio 2018.

Selección diagnóstico correcto en OMI-AP.

Uso del streptotest en FAA al personal sanitario.

Trimestralmente se informará al equipo sobre el resultado obtenido en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se plantearán junto con la farmacéutica de atención primaria acciones de mejora.

Elaboración de hojas informativas para los padres sobre la importancia del control de la fiebre en el domicilio, explicando los signos de alarma en la fiebre, e informando de que, en ausencia de signos de alarma, lo ideal es acudir al día siguiente a la consulta del pediatra.

INDICADORES

a. Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica aguda.

% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).

b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.

% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico)

DURACIÓN

Primer semestre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1133

1. TÍTULO

MEJORA EN EL USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA Y OTITIS MEDIA AGUDA EN EL EAP DE ALCAÑIZ

Elaborar hojas informativas

Formación

Trimestralmente se comunicarán al equipo los resultados de ambos indicadores (FAA y OMA)

Enero 2019

Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.

Elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 10/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA AGUILAR JULIAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLANO JUSTE ISABEL
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL
NAYA PUERTO SHEILA MARIA
SALES BUJ ARANTXA
SENDER ALEGRE LAURA
SOLDEVILLA JIMENO ELENA
SORRIBAS MARTI MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Junio: Análisis de los datos actuales de Revisión del pie diabético correspondientes al Centro de Salud de Alcañiz, a través de los datos del cuadro de mandos de diabetes del coordinador. Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los resultados del año anterior, los datos de partida y las acciones de mejora. Se enseña a todo aquel interesado que en ese momento lo desconocía cómo sacar los listados de su cupo a través del cuadro de mandos de diabetes, además de como interpretar los diagramas del mismo.

Se dota de monofilamento a todo aquel compañero que carecía de él o lo tenía en mal estado.

Julio: Sesión clínica del "Pie diabético, exploración y registro" impartida por José María Turón. Se realiza una reunión con los sustitutos de enfermería del verano para explicarles la metodología de la exploración del pie del paciente diabético y el adecuado registro del mismo en OMI-AP, para garantizar la adecuada continuidad del proyecto.

Octubre: Evaluación de los datos parciales, se realiza un nuevo corte a través del cuadro de mandos de diabetes del coordinador.

Reunión con el personal de enfermería del Centro para exponer los datos de ese momento y la evolución del proyecto.

Enero 2019: Se obtienen los datos finales para la memoria, tanto por ciento de pacientes diabéticos a los que se les ha revisado el pie durante el 2018 pertenecientes al Centro de Salud de Alcañiz, al Sector del Alcañiz y a la totalidad de Aragón, datos obtenidos a través del Cuadro de mandos del coordinador. Reunión de los miembros del grupo de trabajo para evaluación del Proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Revisión del pie diabético:

Fuente de datos: OMI-AP; Cuadro de mandos de diabetes.

Revisión "pie diabético" en junio 2018: 47,20%

Revisión "pie diabético" en octubre 2018: 52,92%

Revisión "pie diabético" en enero 2019: 55,02%

Mejora relativa % alcanzado: 7,82%

Quedando un 3% por encima del conjunto del Sector Alcañiz 52%, y un 20% por encima de la media del conjunto de Aragón 35%

- En todas las sesiones/reuniones ha asistido el 80% del equipo de enfermería del Centro, con lo que se ha mejorado la formación en la atención al pie diabético en la consulta de enfermería.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto ha sido potenciar la formación y realización de actividades en el manejo práctico del pie diabético, con resultados positivos.

También se ha intentado concienciar al paciente diabético de la importancia del cuidado de sus pies y de acudir al podólogo. En los casos de Riesgo Alto se han derivado a la consulta de cirugía del Pie Diabético del Hospital de Alcañiz, para valoración, tratamiento y seguimiento.

Así mismo, a través de la búsqueda activa de pacientes diabéticos mediante los listados del cuadro de mandos se les ha concienciado de la importancia de acudir a la consulta de enfermería para mejorar el control de su patología.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1137 ===== ***

Nº de registro: 1137

Título
MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL, NAYA PUERTO SHEILA, SALES BUJ ARANTXA, SENDER ALEGRE LAURA, SOLDEVILLA JIMENO ELENA, SORRIBAS MARTI MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los registros del pie diabético, en la consulta de enfermería del paciente diabético adulto (mayor de 14 años) del CS Alcañiz del año 2017 han presentado un resultado inferior al resto del sector. Dado el peso que tiene el CS Alcañiz en dicho Sector se considera necesario mejorar la exploración y registro de los datos.

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL:
Mejorar la cobertura del indicador de la Revisión de Pie Diabético.
ESPECIFICOS:
Detectar los errores de registro para poder subsanarlos.
Revisar la metodología de la exploración del Pie Diabético.
Concienciar a los pacientes diabéticos de la importancia del cuidado de sus pies, fomentado el cumplimiento de las revisiones.

MÉTODO
- Constitución del grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de los resultados del año anterior y acciones de mejora al equipo de enfermería.
- Sesiones clínicas sobre exploración y registro.
- Necesidad de implicar al equipo de enfermería en optimizar el tiempo de la consulta del paciente diabético.
- Evaluación trimestral del indicador a partir de los datos del cuadro de mandos.
- Análisis del indicador que esté por debajo del estándar y propuesta de mejora.
- Reunión trimestral para la exposición de los resultados obtenidos.

INDICADORES
Objetivo estratégico del indicador: revisión del pie diabético.

DURACIÓN
Mayo: Reunión del grupo de trabajo para establecer la estrategia de trabajo.
Junio: Análisis de los datos actuales del CS Alcañiz.
Reunión con el personal de enfermería del centro para exponer los datos de partida
Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (I)
Julio: Reunión con los sustitutos de enfermería del verano para garantizar la continuidad del proyecto.
Octubre: Reunión con el personal de enfermería del centro para comentar la evolución del proyecto.
Evaluación de los resultados parciales.
Noviembre: Sesión clínica del pie diabético. Exploración y registro (II)
Enero 2019: Evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1137

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EXPLORACION Y REGISTRO DEL PIE DIABETICO EN CONSULTA DE ENFERMERIA DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO
CHUMILLAS LIDON RAQUEL
BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON
FACI OLMOS MIRIAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Test para comprobar los conocimientos pre-teoría de los asistentes.
Sesiones teóricas con presentación de audiovisuales en las que se explica la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y la realización de los primeros auxilios.
Se realizan prácticas con los muñecos y con el simulador del DESA, simulando posibles casos debiendo realizar los participantes las maniobras pertinentes en cada simulación, maniobra Heimlich, RCP, uso del DESA
Test post teoría para comprobar los conocimientos adquiridos
Test de satisfacción escala Likert 1-5 (organización, condiciones sala, duración y horario, conocimientos adquiridos, evaluación global y de los docentes)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo una mejora significativa en cuanto a los conocimientos post-teoría, el 92% de las respuestas fueron correctas con respecto al 60% de los resultados del pre-test.
Las dudas planteadas fueron resueltas durante la sesión.
Vieron la importancia de que una actuación rápida de la RCP y el uso del DESA puede salvar vidas y puede estar en sus manos.
Hubo una gran satisfacción por parte de los asistentes, nota escala Likert 5 por parte del 100% de los asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la gran implicación, la valoración positiva por parte de los asistentes y como el problema de las distancias rurales al centro de referencia seguirán existiendo, seguiremos haciéndolo de forma anual para continuar afianzando conocimientos. Este año aumentaremos las zonas rurales para la actividad.

7. OBSERVACIONES.

Problema: Se detectó que no todo el mundo tiene acceso al DESA, ya que no está en un lugar accesible para la población sino que está bajo llave, se habló con los Ayuntamientos de Valmuel y Puigmoreno para que se colocase el DESA en una zona de acceso rápido, seguro y para toda la población.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Autores:
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, CHUMILLAS LIDON RAQUEL, BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCANIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

PROBLEMA

EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

RESULTADOS ESPERADOS

FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

MÉTODO

SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.
SE REALIZARAN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

INDICADORES

SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

DURACIÓN

A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A DICHOS TALLERES.
SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

OBSERVACIONES

MODIFICA EL PROYECTO: 2018_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON
FACI OLMOS MIRIAM
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL
NAYA PUERTO SHEILA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha contactado con los alcaldes y las comunidades de vecinos de las zonas rurales que pertenecen al Centro de Salud de Alcañiz, Valmuel, Puigmoreno y Valdealgorfa y se concretó la fecha y la hora de las actividades. Algunas de ellas haciendo coincidir como acto de la semana cultural como en Valmuel para que hubiese el máximo número de participantes posible. 28 asistentes en Valmuel.
En Puigmoreno fue una tarde de verano una vez que las personas habían acabado con su jornada laboral en el campo para que pudiese estar gente de mediana edad. 31 asistentes.
En el caso de Valdealgorfa, se hizo coincidir en horario de medio día porque era cuando más disponibilidad había. 34 participantes.
En las tres poblaciones se realizaron las mismas actividades y aunque sólo varió el horario de comienzo del taller la duración del mismo fue igual para todas las poblaciones, 2h, 30 min en total de teórico-práctico.
Primeramente se pasaron test con 4 posibles respuestas, siendo sólo 1 válida para comprobar los conocimientos pre-teoría de los asistentes.
Se realizaron sesiones teóricas con presentaciones de audiovisuales, power point y vídeos en las que se explicaba la activación de la cadena de supervivencia, el uso del DESA y la realización de los primeros auxilios, Maniobra Heimlich, PSL, RCP...
Se explicaron las maniobras con los muñecos poniéndose en diferentes grupos de 6 personas, para poder verlo con facilidad y luego se pusieron en práctica con dichos muñecos
Se simularon distintos casos prácticos donde los asistentes tenían que actuar de forma práctica con los muñecos, el DESA y los distintos dispositivos que había en la escena.
Se realizó un test post con las mismas preguntas que el pre test en distintos órdenes para comprobar los conocimientos adquiridos tras la sesión.
Por último se pasó un test de satisfacción escala Likert (1-5) teniendo que valorar: organización de la actividad, condiciones de la sala, duración y horario, conocimientos adquiridos, evaluación global y de cada uno de los docentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hubo una mejoría significativa en cuanto a los conocimientos post teoría.
En Valmuel y Puigmoreno no hubo tanta diferencia en los test pre y post ya que dicha actividad se realizó el año pasado y el 75% de los asistentes eran los mismos que el año anterior, por lo que se han afianzado conocimientos y se ha comprobado que resultó útil el año pasado.
Los resultados del año pasado fueron: Respuestas correctas pre test: 60%, respuestas correctas post test: 92% de respuestas correctas.
Este año: Respuestas correctas pre test 84%, respuestas correctas post test 94%
Total de participantes: 28 en Valmuel y 31 en Puigmoreno (2 de los cuales no pasaron ningún test debido a las dificultades de lectura y comprensión por su avanzada edad)
En caso de Valdealgorfa los resultados pre y post test sí que hubo mayor diferencia ya que era la primera vez que realizaban dicha actividad. Resultados correctos pre test 50%, post test 84%.
Total de participantes 34, de los cuales 3 tampoco sólo estuvieron de oyentes sin pasar los test y otros 3 de los participantes eran guardia civiles del cuartel del pueblo.
A lo largo de las explicaciones teóricas la participación fue activa ya que iban planteando dudas que les fueron resueltas en ese momento.
En las 3 poblaciones las encuestas de satisfacción fueron de 5/5.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En las 3 poblaciones se reconoció por parte de los ciudadanos la importancia de que una actuación rápida y con los conocimientos básicos pueden salvar la vida a cualquier vecino.
En el caso de Valdealgorfa los parches del desfibrilador llevaban un tiempo caducados, tras reconocer la importancia de tener el desfibrilador de forma óptima solucionaron el problema, actualizaron el software, pusieron parches nuevos. El mantenimiento corre a cargo de los ayuntamientos de cada una de las poblaciones.
En caso de Valmuel y Puigmoreno tras la actividad del año pasado ya actualizaron el desfibrilador pero no estaba de forma accesible, ya que estaba bajo llave .
Tras esta segunda actuación en verano el desfibrilador se colocó en la piscina ya que es el lugar donde mayor concentración de población hay.
Tras el verano han colocado el desfibrilador en urna en la plaza mayor y está pendiente que se reconozca y se registre como punto de DESA de la comunidad de Aragón, teniendo accesibilidad a toda la población, con todo lo necesario para una actuación en caso de urgencia.
Por tanto se concluye que tras cada una de las actividades realizadas en la población rural la población se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

ha concienciado y ha puesto todos los medios para que en caso de PCR la actuación sea lo más precoz posible. Así mismo, tras la formación de los cursos, los ayuntamientos ven la necesidad de colocar los desfibriladores de forma accesible, actualizar su mantenimiento, así como mantener formada a la población. De tal forma que esta actividad se quiere extrapolar al resto de las zonas rurales y realizarla de forma anual para seguir afianzando conocimientos, que habitantes nuevos accedan y reconozcan la importancia del manejo del DESA, y se coloquen dichos DESAs de forma correcta y con la posibilidad de acceso como en el caso de Valmuel y Puigmoreno

7. OBSERVACIONES.

Se da por finalizado este proyecto pero continuará como actividad anual agregándolo a las actividades del centro de salud de Alcañiz

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1470 ===== ***

Nº de registro: 1470

Título
PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

Autores:
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, CHUMILLAS LIDON RAQUEL, BABOUZID SALEH MOULAY HOUCINE, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, FACI OLMOS MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN UNA ZONA RURAL CON DISTANCIA AL CENTRO DE SALUD DE REFERENCIA SE PERCIBE UNA NECESIDAD POR PARTE DE LA POBLACIÓN, PARA ADQUIRIR UNOS CONOCIMIENTOS BÁSICOS EN PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA YA QUE EN DICHAS LOCALIDADES HAY UN DESA CUYA POBLACIÓN NO TIENE INFORMACIÓN DE SU USO.
LOS PRIMEROS MINUTOS ANTE UNA PCR SON VITALES POR LO QUE ES ESENCIAL LA EDUCACIÓN DEL CIUDADANO PARA ACTIVAR LA CADENA DE SUPERVIVENCIA Y DE ESTA FORMA REDUCIR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE, LA MUERTE DE UNO DE LOS CIUDADANOS EN CASO DE PCR AL NO SABER COMENZAR CON LA RCP BÁSICA Y EL USO DEL DESA YA QUE HASTA QUE LLEGUEN LOS SERVICIOS SANITARIOS EL TIEMPO DE RCP PRECOZ ES FUNDAMENTAL

RESULTADOS ESPERADOS
FORMACIÓN Y ADQUISICIÓN DE HABILIDADES ANTE SITUACIONES DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS.
CONCIENCIACIÓN A LA POBLACIÓN EN GENERAL DE LA IMPORTANCIA DE LA CORRECTA DETECCIÓN DE LA PCR Y REALIZACIÓN DE LA RCP Y DESFIBRILACIÓN PRECOZ
ADEMÁS SE PRETENDEN AUMENTAR LAS DESTREZAS PARA ACTUAR EN PRIMEROS AUXILIOS COMO QUEMADURAS, GOLPES, PICADURAS, HERIDAS, ATRAGANTAMIENTOS... BASANDONOS EN MÉTODOS MÉDICO-CIENTÍFICOS Y NO EN CREENCIAS.

MÉTODO
SE REALIZARÁN SESIONES TEÓRICAS CON PRESENTACIÓN DE AUDIOVISUALES EN LAS QUE SE EXPLICARÁ LA ACTIVACIÓN DE LA CADENA DE SUPERVIVENCIA, EL USO DEL DESA Y CÓMO REALIZAR PRIMEROS AUXILIOS.
SE REALIZARÁN TEST PARA COMPROBAR LOS CONOCIMIENTOS TEÓRICOS ADQUIRIDOS.
SE REALIZARAN PRÁCTICAS CON LOS MUÑECOS, SIMULANDO POSIBLES CASOS, DEBIENDO DE REALIZAR LAS MANIOBRAS PERTINENTES PARA CADA SIMULACIÓN, MANIOBRA DE HEIMLICH, RCP, USO DEL DESA.

INDICADORES
SE COMPARARÁN LOS RESULTADOS DE LOS TEST PREVIO A LOS TALLERES CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS TRAS REALIZAR LAS DISTINTAS ACTIVIDADES.
SE PASARÁN ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

DURACIÓN
A LO LARGO DEL AÑO 2018, SEGÚN LA DISPONIBILIDAD DE LOS HABITANTES DE LAS POBLACIONES.
UNA SESIÓN SE REALIZARÍA EN VERANO COINCIDIENDO CON LA SEMANA CULTURAL, EL AUMENTO DE POBLACIÓN VACACIONAL Y TENER ASÍ CONOCIMIENTOS NO SOLO LOS HABITANTES HABITUALES Y OTRA SESIÓN EN NOVIEMBRE UNA VEZ ACABADA LA CAMPAÑA DE RECOGIDA DE FRUTA YA QUE LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN SE DEDICA A ESTE SECTOR Y NO PODRÍA ACUDIR A

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1470

1. TÍTULO

PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA EN ZONA RURAL

DICHOS TALLERES.

SE REALIZARÁ DE FORMA ANUAL YA QUE ASÍ NOS LO HAN TRANSMITIDO LOS PROPIOS CIUDADANOS.

OBSERVACIONES

MODIFICA EL PROYECTO: 2018_0097 PRIMEROS AUXILIOS Y USO DEL DESA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

1. TÍTULO

PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA INMACULADA ALBESA BENAVENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN
FACI OLMOS MIRIAM
CALLAU ESCUER JOSE JAVIER
RIQUELME TORRESANO PILAR
CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO
LOPEZ ESTERUELAS REYES
APARICIO LORAN ARMANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y RECURSOS EMPLEADOS.

1- FORMACIÓN

1.1- RESPONSABLES "FORMADORES": Se han ofrecido dos componentes del equipo para recibir formación, tanto en curso presencial como vía internet, y transmitirla al resto de profesionales.

1.2- PARTICIPANTES: Reciben formación tanto en sesiones clínicas en el centro de salud como autoformación.

1.3- SESIONES:

FEBRERO- MARZO : Se contacta con dermatólogos del Hospital de Alcañiz para solicitar sesiones de formación en dermatoscopia.

10 de ABRIL: Sesión de dermatólogos en C.S.de Alcañiz. A pesar de las objeciones que se nos plantean se acuerda la realización de 4 sesiones a partir de septiembre, por su parte.

SEPTIEMBRE: Dada la imposibilidad de realización de la sesiones por dermatólogos acudimos, los responsables formadores del equipo, a un curso de Dermatoscopia para A.P., organizado por SEMG en el Paraninfo de UNIZAR.

15 OCTUBRE: Sesión clínica: "Dermatoscopia en A,P", impartida por los formadores.

5 NOVIEMBRE: Sesión clínica "Dermatoscopia en A.P. Continuación".

27 NOVIEMBRE: Sesión clínica: "Dermatoscopia en el Melanoma ungueal"

15 ENERO: Sesión clínica: "Queratosis seborreica".

29 ENERO: Sesión clínica: "Carcinoma espinoceular".

2- ORGANIZATIVAS

2.1- Elaboración del calendario semanal para coordinar disponibilidad del dermatoscopio (DS) a los distintos profesionales. Se ofrece voluntaria una profesional para custodia y distribución del dermatoscopio según calendario creado.

2.2- Elaboración de Hoja de Cálculo para la recogida de datos que incluyan los necesarios para la evaluación de los resultados.

2.3- Creación de una carpeta de acceso libre en donde quede almacenada la formación e información relativa a este proyecto recogida hasta el momento y la que posteriormente se vaya generando, en concreto:

-Listado de participantes con email corporativo

-Copia de las sesiones de formación.

-Bibliografía y enlaces web relativos a formación den dermatoscopia.

-Galería de imágenes.

-Algoritmo para consulta sobre el procedimiento diagnóstico.

-Hoja de cálculo para la recogida de datos y posterior valoración estadística con los mismos.

Su objetivo sería facilitar toda la información sobre el proyecto en el momento de la incorporación al mismo de nuevos profesionales, y a los actuales, un acceso más ágil a toda la información que se vaya generando.

2.4- Se planifica creación de plantilla con acceso desde los protocolos de OMI para unificar, simplificar y asegurar el registro de los datos de cada exploración dermatoscópica en la historia clínica de OMIAP del paciente, cuando se haya mejorado, con la práctica, de la plantilla actual.

3- ACCIONES RELATIVAS A LA COMUNICACIÓN DEL PROYECTO

3.1- A PROFESIONALES:

-Reuniones generales del equipo de atención primaria (A.P.).

- Creación de un grupo de whatsapp.

- Correo electrónico corporativo y de OMI.

3.2- A PACIENTES: No procede, ya que la captación se realizará en la consulta y se le citará en el centro de salud por su MAP para dermatoscopia en el horario asignado a cada profesional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- En cuanto a los OBJETIVOS: Se ha conseguido formación y adquisición de destrezas en al diferenciación de patrones dermatoscópicos; se hen creado algoritmos de ayuda al diagnóstico; se ha percibido una ligera mejora de la optimización de la derivación a cirugía menor realizada en A.P.

2.- En cuanto a las ACTIVIDADES: Se han realizado las sesiones arriba indicadas y se han elaborado las herramientas necesarias para la puesta en marcha del proyecto.

3.- En cuanto a los INDICADORES Y EVALUACIÓN: El tiempo transcurrido desde el inicio de las actividades de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

1. TÍTULO

PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

formación y el establecimiento de las herramientas necesarias para el cálculo de los indicadores ha sido insuficiente para poder registrar datos. Por eso es necesaria una segunda etapa para el registro de una muestra suficiente que permita la obtención de indicadores valorables.

4.- En cuanto a la DURACIÓN y EL CALENDARIO PREVISTOS: Se han impartido 5 sesiones sobre dermatoscopia en 3 meses, por responsables formadores y colaboradores en el proyecto, si bien se prevé la participación de especialista en dermatología para las actividades formativas. Se ha conseguido la puesta en marcha del proyecto a lo largo de este año pero sin poder obtener los datos suficientes para evaluarlo, por lo que se solicita, con esta memoria, la continuación del mismo durante un año más.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de las actividades está incluida en el apartado de RESULTADOS ALCANZADOS.

El aspecto que han quedado pendiente es el registro de datos para la evaluación, ya que la puesta en marcha del proyecto ha sufrido imprevistas dificultades cuya resolución ha requerido el tiempo destinado al mismo.

La sostenibilidad del proyecto se justifica por la probable optimización de las derivaciones a Dermatología y a cirugía menor en A.P.; el interés demostrado por los profesionales respecto a esta actividad; la rentabilización del uso del dermatoscopio disponible en A.P.; y por las herramientas ya puestas a disposición de los médicos en el ordenador: "Escritorio"-->"Este equipo"-->"Común".

7. OBSERVACIONES.

OTROS COLABORADORES:

AVELLANA MARTA
NUIN ELENA
JIMENEZ BEATRIZ
IBÁÑEZ ANA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/233 ===== ***

Nº de registro: 0233

Título
PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA, GOTOR LAS SANTAS AGUSTIN, FACI OLMOS MIRIAM, CALLAU ESCUER JOSE, CALVO MARTINEZ JOSE ANTONIO, APARICIO LORAN ARMANDO, LOPEZ ESTERUELAS REYES, RIQUELME TORRESANO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EN NUESTRO SECTOR HAY CARENCIA DE ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA Y HAY LISTAS DE ESPERA MUY DILATADAS. ESTAS LISTAS SE VEN INCREMENTADAS POR UNA DEMANDA QUE PUEDE SER FILTRADA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA SI SE DISPONE DE DERMATOSCOPIO.

LA DERMATOSCOPIA SUPONE EL PASO INTERMEDIO ENTRE LA IMAGEN CLÍNICA MACROSCÓPICA Y LA HISTOLÓGICA MICROSCÓPICA.. LA DERMATOSCOPIA ES UNA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL MELANOMA Y PARA OTRAS LESIONES PIGMENTADAS, AUNQUE ÚLTIMAMENTE TAMBIÉN PARA NO PIGMENTADAS.

RESULTADOS ESPERADOS

FORMACIÓN EN EL USO DEL DERMATOSCOPIO. ADQUISICIÓN DE DESTREZAS EN LA DIFERENCIACIÓN DE PATRONES DERMATOSCÓPICOS. USO DE HERRAMIENTAS DE AYUDA AL DIAGNÓSTICO (ALGORITMOS) PARA MEJORAR LAS DERIVACIONES AL ESPECIALISTA.

DISMINUCION

DE LISTA DE ESPERA EN DERMATOLOGÍA. OPTIMIZAR LA DERIVACIÓN A LA CIRUGÍA MENOR REALIZADA EN A.P. POSIBILIDAD DE DESARROLLAR PROGRAMAS DE TELEDERMATOLOGÍA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0233

1. TÍTULO

PROYECTO PARA OPTIMIZAR DERIVACIONES A LA CONSULTA DE DERMATOLOGIA MEDIANTE EL USO DE DERMATOSCOPIO EN ATENCION PRIMARIA

MÉTODO

REALIZACIÓN DE CUATRO TALLERES DE DERMATOSCOPIA CON COLABORACIÓN DE ESPECIALISTAS EN LA MATERIA (SESIONES CLÍNICAS REALIZADAS EN EL CENTRO DE SALUD CON ACREDITACIÓN POR PARTE DE FORMACIÓN), UNO POR SEMANA, DE UNA HORA DE DURACIÓN PARA CAPACITACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON DISPONIBILIDAD DE DERMATOSCOPIO. LA PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO SE REALIZARÁ EN CUANTO SE DISPONGA DE DERMATOSCOPIO Y SE EVALUARÁ AL CABO DE UN AÑO. ACTUALMENTE ESTE CENTRO YA DISPONE DE UN DERMATOSCOPIO DERMLITE DL100

INDICADORES

NÚMERO DE BIOPSIAS REALIZADAS/NÚMERO DE VALORACIONES
NÚMERO DE DERIVACIONES A DERMATOLOGÍA/NÚMERO DE VALORACIONES

DURACIÓN

CUATRO SESIONES CLÍNICAS EN DOS MESES, IMPARTIDAS POR ESPECIALISTAS EN DERMATOLOGÍA.
PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO DURANTE UN AÑO.
EVALUACIÓN DEL MISMO AL FINAL DE DICHO PERIODO

OBSERVACIONES

ESTE PROYECTO FUE PRESENTADO EL AÑO PASADO PERO NO PUDO IMPLEMENTARSE POR CARECER DE DERMATOSCOPIO. YA DISPONEMOS DE UNO PARA TODO EN CENTRO.
SE HA AÑADIDO UN OBJETIVO NUEVO. SE HAN CAMBIADO LOS INDICADORES Y SE HAN INCORPORADO NUEVOS COMPONENTES.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0286

1. TÍTULO

URGENCIAS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN GAN GARGALLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE
PIRVULESCU MARIANA
BLASCO ANENTO MARIA PILAR
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA
NAYA PUERTO SHEILA
ARVELO PLASENCIA DAVINIA
IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El inicio de esta actividad surgió a petición del Colegio San Valero (Escolapios) de Alcañiz. Los profesores mostraron su preocupación ante la situación, cada vez más frecuente, de que los alumnos presentan ciertas patologías en que los padres autorizan la administración de cierta medicación de urgencias (adrenalina autoinyectable, diazepam rectal, glucagon) y los profesores no saben cómo actuar en estos casos. Se preparó un taller práctico donde se abordaron estos temas junto como unas nociones de RCP básica. A raíz de aquel momento fueron varios los centros escolares que mostraron la misma preocupación y pensamos que sería una buena actividad comunitaria para desarrollar en el curso 2018-2019.

OBJETIVOS

Mejorar la actuación ante situaciones urgentes de los profesores de centros escolares de infantil y primaria de Alcañiz y pueblos que pertenecen a nuestra zona básica de salud, así como de guarderías.

- RCP básica
- Atragantamiento
- Anafilaxia. Administración del autoinyector de adrenalina
- Convulsión. Manejo en el aula. Cómo administrar el diazepam rectal caso tenga indicación.
- Hipoglucemia. Demostración de cómo utilizar el glucagón.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS

Como no pretendíamos hacer ninguna presentación teórica, nuestro objetivo era el manejo práctico de ciertas situaciones, configuramos la sesión en forma de taller práctico. Los talleres tuvieron una duración aproximada de 3 horas. Se impartieron en el Centro de Salud la mayoría de ellas en horario de 14 a 17 horas. Para 3 de los talleres y por dificultad de los docentes nos desplazamos a los propios centros educativos de 12 a 15 horas. (Esta situación supuso un problema para la gestión de las consultas). Se distribuyó un cuestionario pre-sesión tipo test (anónimo) advirtiendo que al final de la sesión se volvería a realizar el mismo cuestionario en común. Por un lado esto nos permitió evaluar la actitud de los asistentes ante la situación planteada, mejorar la atención dado que a lo largo de la presentación estuvieron más atentos para intentar responder estas preguntas, y al final comentar y verificar que se habían modificado ciertas conductas y actitudes. Se expusieron unos videos explicativos, con los temas a tratar, y después los docentes hicieron las matizaciones pertinentes con el material didáctico utilizado. Prácticas individuales y en grupos con los muñecos de RCP (lactante, infantil y adulto), atragantamiento (maniobra de Heimlich), autoinyectores de adrenalina, enemas de diazepam, glucagon. Se propusieron distintos ejemplos prácticos y se improvisaron situaciones distintas para aplicar los contenidos impartidos. Los mismos profesores sugirieron distintas situaciones y se intentó razonar cual era la mejor forma de actuar entre todos. Se intentó responder a las cuestiones que surgían sobre la marcha. Se hicieron algunas propuestas para mejorar la comunicación con los servicios de emergencias así como para facilitar el acceso de los mismos al centro educativo. Resolución entre todos del cuestionario hecho previamente. Comentarios sobre las respuestas que habían respondido previamente incluso discusión sobre las mismas. Cumplimentación del cuestionario de satisfacción del taller, con la posibilidad de formulación de sugerencias y observaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se realizaron 11 talleres desde octubre de 2018 y septiembre de 2019.

Se impartió la formación a 178 profesores de los cuales 13 eran profesores de guarderías infantiles y 165 profesores de educación infantil y primaria.

La media de asistentes por sesión fué de aproximadamente 16 personas (mínima:4, máxima: 43)

La participación entre los profesores así como el interés en manipular el material fue muy satisfactoria.

El cuestionario de satisfacción reveló en que todos manifestaron que la actividad era importante en su actividad profesional. A nivel de los profesionales sanitarios que realizaron la actividad docente, la sensación fué muy gratificante, porque la motivación y el interés mostrado por los asistentes fué muy elevada.

En el cuestionario de satisfacción, en el apartado de sugerencias y observaciones muchos destacaron:

-La importancia de realizar esta actividad de forma anual o bianual. Alguien hasta sugirió que debía ser obligatoria.

-Algunos consideraron que debería tener mayor duración. y abarcar más temas. Algunos de los temas sugeridos fueron:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0286

1. TÍTULO

URGENCIAS EN LA ESCUELA

- hábitos saludables
- higiene en la escuela
- manejo de traumatismos
- piojos
- maletines de primeros auxilios en la escuela
- curación de heridas
- uso del desfibrilador
- traslado del alumno lesionado.

-Para facilitar la asistencia del mayor número de profesores posibles, otra de las sugerencias más formulada era que el personal docente se desplazase a los propios centros escolares.

-En las sesiones donde hubo mayor asistencia, alguna queja formulada es que la sala de formación del Centro de Salud no es lo suficientemente espaciosa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dado el grado de satisfacción tanto de los profesores como de los docentes, consideramos que debe ser una actividad comunitaria que debería de continuarse en el tiempo. Consideramos que la formación es útil e importante. Deberíamos plantearnos algunas mejoras como facilitar la accesibilidad a la formación desplazándonos a los centros escolares (aunque eso nos es muy difícil para gestionar nuestra actividad asistencial en consulta porque en vez de 3 horas de duración hay que contar con el tiempo invertido en el desplazamiento, en la instalación del material audiovisual y didáctico y no siempre es fácil gestionar las ausencias de los profesionales). Deberíamos introducir algunos de los contenidos sugeridos por los profesores, y de cara al año que viene con la modificación de la legislación plantearnos la formación en el uso del DESA para el profesional docente

7. OBSERVACIONES.

(MEMORIA ENVIADA EL DIA 30 DE ENERO. RECIBIDO PANTALLAZO DE HABER SIDO RECIBIDA. EN ESTOS MOMENTOS NO FIGURA EN PLATAFORMA. LA VUELVO A REENVIAR)

*** ===== Resumen del proyecto 2019/286 ===== ***

Nº de registro: 0286

Título
URGENCIAS EN LA ESCUELA

Autores:
GAN GARGALLO MARIA CARMEN, PIRVULESCU MARIANA, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO MARIA PILAR, IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO, MATTEW MATTENET GIOVANNA YVONNE, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, ARVELO PLASENCIA MARIA DAVINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: mejorar conocimientos de atención en urgencias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El inicio de esta actividad surgió a petición del Colegio San Valero (Escolapios) de Alcañiz en que los profesores mostraban mucho interés en como atender ciertas situaciones de emergencias en el centro escolar. Cada vez más, los alumnos presentan ciertas patologías en que los padres autorizan a la administración de cierta medicación en caso de urgencias (sobre todo adrenalinas autoinyectables y diazepam rectal) y los profesores no saben cómo actuar en estos casos. A raíz que respondimos a su demanda, varios centros escolares han mostrado esa misma preocupación y pensamos que sería una buena actividad comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Esta actividad va dirigida a profesores de centros escolares de infantil y primaria de Alcañiz y pueblos que pertenecen a la zona básica de salud. Se va a realizar de forma escalonada durante todo el curso escolar 2018-2019. Aunque se comenzó a realizar a principios del curso, como la finalización es en 2019, solamente se ha incluido en el Acuerdo de Gestión de 2019.

Se pretende mejorar la actuación en situaciones muy concretas como son:

Nociones de RCP básica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0286

1. TÍTULO

URGENCIAS EN LA ESCUELA

Atragantamiento (sobre todo para los monitores de comedor)

Convulsión

Anafilaxia (reconocerla, y cómo administrar el autoinyector de adrenalina)

Hipoglucemia (en casos en que hay niños con diabetes)

MÉTODO

La actividad se plantea como taller práctico, con muñecos y con simuladores de autoinyectores y cánulas rectales. Este taller tiene una duración aproximada de 2 horas y está dirigido a grupos muy reducidos para que todos tengan la posibilidad de practicar y plantear sus dudas.

Se comienza con un test de conocimientos previos, que se entrega al alumno y que responde de forma anónima. Por un lado permite que el alumno se sitúe y centre en materia y que posteriormente esté más atento para ver si ha respondido la respuesta correctamente y afianzar conocimientos. Continúa con exposición con videos y sobre muñecos de los conocimientos aprendidos. Práctica por el alumno sobre el muñeco o con los simuladores. Y planteamiento de dudas o cuestiones.

Al final se realiza de nuevo el test entre todos, discutiendo las respuestas.

INDICADORES

Se hace un registro de la asistencia

Los asistentes rellenan al finalizar un cuestionario de satisfacción o no del taller, con sugerencias para la realización en años sucesivos.

DURACIÓN

Octubre 2018- Junio 2019 (curso escolar 2018-2019)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0330

1. TÍTULO

TALLER DE ALIMENTACIÓN SANA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE CARMEN BURGUES VALERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dos horas lectivas informativas sobre pirámide de alimentos, dieta mediterránea y recetas saludables. Los materiales informativos fueron aportados por Salud Pública (SARES)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La encuesta de satisfacción, fue la opinión de pertenencia de la actividad a través de los profesores debido a la dificultad del idioma y bajo nivel de alfabetización de los participantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad se realizó como apoyo externo a la formación que reciben los alumnos de la escuela de adultos, la actividad quedará pendiente en base a lo que los profesores precisen en cada momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/330 ===== ***

Nº de registro: 0330

Título
TALLER DE ALIMENTACION SANA

Autores:
BURGUES VALERO CARMEN, SOLDEVILLA JIMENO MARIA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación para la salud, prevención
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Solicitud por parte de la Escuela de Adultos de Alcañiz una colaboración en la formación de los alumnos. Debido a las distintas etnias, edades que acuden a las clases tenían dificultad para tratar la importancia de la alimentación saludable

RESULTADOS ESPERADOS

Apoyar a la formación recibida en Alimentación saludable.
Incrementar las destrezas en la combinación de alimentos para elaborar menús saludables teniendo en cuenta sus preferencias alimenticias debido a sus creencias religiosas y sus estados sociales y económicos.

MÉTODO

Presentación de la Piramide de alimentos y su uso en la elaboración de una dieta saludable.
Distribución horaria de las ingestas y los alimentos incluidos en ellas según actividad.
Distinguir el valor energético de los alimentos.
Elaboración de menús y recetas de cocina.

INDICADORES

Encuesta de hábitos saludables previa y post intervención.
Encuesta satisfacción escala Likert 1-5

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0330

1. TÍTULO

TALLER DE ALIMENTACIÓN SANA

DURACIÓN

Dos horas lectivas, se realizará la intervención en la escuela de adultos de Alcañiz y en la escuela de adultos de Puigmoreno a los distintos grupos de las escuelas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0339

1. TÍTULO

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SIRA TELMO HUESO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU
CHUMILLAS LIDON RAQUEL
SORRIBAS MARTI MIRIAM
VALLES AGUILAR SILVIA
RINCON ESTRADA RAFAEL
GIMENO BALLONGA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Marzo 2019.

El equipo elabora el protocolo de actuación de la FAA estreptocócica en el adulto e infografía resumen de consulta rápida.

Se imparte la primera sesión en el CS Alcañiz para todo el equipo, en la que se incide en los datos del indicador de farmacia en cuanto al uso de antibióticos en faringoamigdalitis aguda estreptocócica en el adulto y pediatría. Se presenta también el protocolo de actuación e infografía elaboradas, y se reparten copias para todas las consultas y atención continuada. Asistencia 30%

A los que no asistieron a la sesión, se les informó personalmente por parte de dos médicos del equipo, dejando registro.

Se recuerda desde farmacia la disposición de envases de test de detección rápida de antígeno estreptocócico (TRDA) sin restricciones para todas las consultas, atención continuada y consultorios (envases 5 unidades).

- Enero - Diciembre 2019.

Se realizarán cortes trimestrales de seguimiento:

Diagnóstico de faringoamigdalitis aguda estreptocócica (código CIAP R72) y tratamiento farmacológico (farmacia).

OMI-AP: registro criterios Centor y uso/resultados del TRDA.

Datos indicador: Uso de antibióticos de elección en faringoamigdalitis estreptocócica en adultos (DHD) (Cuadro mandos Farmacia) por CIAS, equipo y Sector.

- Octubre 2019.

Se imparte la segunda sesión en el CS Alcañiz incidiendo en los puntos a mejorar, aprovechando que empieza la temporada y la incorporación de nuevos compañeros. Asistencia 41%.

- Enero 2020.

Extracción de datos del proyecto correspondientes a 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Año 2019.

455 pacientes han sido diagnosticados de FAA estreptocócica (código CIAP R72) y han recibido tratamiento antibiótico, de los que el 70,4% ha sido el de primera elección.

- 1 trimestre: 127 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 74% (15 con fenoximetilpenicilina y 78 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: penicilina sensible a betalactamasas 2, amoxicilina/clavulánico 15, cefuroxima 6, eritromicina 2, claritromicina 1 y azitromicina 8 (2 alérgicos a penicilina, uno es una posible alergia, y el resto sin alergias medicamentosas).

- 2 trimestre: 115 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 70% (18 con fenoximetilpenicilina y 63 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: amoxicilina/clavulánico 17, cefuroxima 5, ciprofloxacino 1, claritromicina 2, penicilina sensible a beta lactamasas 4 y azitromicina 4 (uno alérgico a amoxicilina, otro reacción cutánea con la misma y en los otros dos no consta ninguna alergia a fármacos).

- 3 trimestre: 98 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 65% (20 con fenoximetilpenicilina y 44 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: amoxicilina/clavulánico 15, penicilina sensible a beta lactamasas 4, cefixima 1, cefuroxima 4, claritromicina 1, eritromicina 3 y azitromicina 6 (uno de ellos constaba como alérgico a penicilinas, otro como posible, y el resto sin alergias conocidas).

- 4 trimestre: 115 pacientes con diagnóstico de FAA estreptocócica. Tratamiento de elección 65% (11 con fenoximetilpenicilina y 65 con amoxicilina). El resto de antibióticos prescritos: amoxicilina/clavulánico, cefixima 1, cefuroxima 4, eritromicina 2, moxifloxacino 1, penicilina sensible a beta lactamasas 1 y azitromicina 4 (ninguno alérgico a penicilina).

- Asisten el 71% profesionales del centro a una de las dos sesiones que se imparten. En febrero 2020 se presentarán los resultados al equipo.

- La difusión del protocolo e infografía ha sido del 100%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0339

1. TÍTULO

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

- El 45% de los pacientes diagnosticados de FAA estreptococica, cumplían menos de 3 criterios Centor, y no se les realizó TRDA, o no consta anotado en la historial, pero todos ellos recibieron tratamiento antibiótico. El 55% restante cumplían =3 criterios Centor. Se realizó el test al 50%, siendo positivo. En la sesión de octubre se recordó que hay que anotar los resultados siempre. Cuando son negativos generalmente no lo hacían. Se detecta infraregistro, si bien, por los datos de consumo de TRDA, se ha tenido que realizar el mismo al 85% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hemos observado que cuando se dan instrucciones concretas y pautas no complicadas de actuación los profesionales mayoritariamente responden. Se ha ido implementando paulatinamente el uso de criterios Centor y TRDA, al igual la prescripción de antibióticos de primera línea: fenoximetilpenicilina y amoxicilina, o azitromicina en alérgicos a penicilina. (Hay un mayor uso de amoxicilina frente a fenoximetilpenicilina por desabastecimiento de esta última en las farmacias).

- Sigue habiendo profesionales que teniendo los medios y las pruebas no siguen el protocolo marcado, no sabemos si por desinterés, por escaso tiempo o por la demanda asistencial.

- El proyecto ha resultado muy práctico y útil para avanzar en el uso adecuado de los antibióticos tanto en nuestro centro como en colaboración con el resto de centros del Sector, a través del grupo PROA-AP.

7. OBSERVACIONES.

Como responsable de este proyecto quiero destacar la labor de la residente R3-R4 Raquel Chumillas Lidón, por su interés y dedicación en el mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/339 ===== ***

Nº de registro: 0339

Título
FARINGOAMIGALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Autores:
TELMO HUESO MARIA SIRA, AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, VALLES AGUILAR SILVIA, GIMENO BALLONGA MARIA PILAR, SORRIBAS MARTI MIRIAM, CHUMILLAS LINDON RAQUEL, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La faringoamigdalitis aguda (FAA) en el adulto es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en nuestro medio. La etiología más frecuente es viral. Dentro de la etiología bacteriana, el principal agente responsable es Streptococcus pyogenes o estreptococo β-hemolítico del grupo A (EBHGA), causante del 5-15% de los casos. En el manejo diagnóstico, las escalas de valoración clínica para predecir la posible etiología bacteriana y las técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico (TRDA) son necesarias para reducir el sobrediagnóstico de FAA estreptocócica, con la consiguiente prescripción innecesaria de antibióticos, muchas veces de amplio espectro, y el aumento de las resistencias.
En 2018, la tasa de consumo de antibióticos en DHD (dosis diaria definida por mil habitantes día) en el Sector Alcañiz es la más alta de Aragón (23,9 DHD vs 17,6 DHD). En el EAP de Alcañiz la DHD es 20,05.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Optimización del uso de antibióticos en FAA estreptocócica en adultos.
2. Elaboración y difusión de un protocolo de actuación e infografía en el EAP Alcañiz.
3. Incorporar la prueba de diagnóstico TRDA en adultos a la práctica habitual.

MÉTODO

1. Elaborar un protocolo de actuación en FAA estreptocócica en adultos. Farmacéutica AP y miembros del equipo. Marzo 2019.
2. Elaborar una infografía resumen de consulta rápida.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0339

1. TÍTULO

FARINGOAMIGDALITIS AGUDA ESTREPTOCOCICA EN EL ADULTOS. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Farmacéutica AP y miembros del equipo. Marzo 2019.
3. Difusión del protocolo e infografía a todo el EAP.
Una médica y una enfermera del proyecto. Marzo y octubre 2019.
4. Envío de datos de seguimiento trimestrales. Realización de cortes trimestrales [marzo (pendiente de disponibilidad), junio, septiembre, diciembre 2019].
Farmacéutica AP y una médica del proyecto.
5. Suministro de los envases de TRDA necesarios.
Farmacéutica AP. Marzo 2019.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes adultos con diagnóstico de FAA estreptocócica (código CIAP R72) en tratamiento con antibióticos de primera elección.
Valor a alcanzar: 60 % (rango 60 -100%) en diciembre 2019 (dato acumulado de 12 meses).
2. Sesiones impartidas en el EAP en 2019.
Valor a alcanzar: 2 sesiones en 2019.
3. Porcentaje de profesionales sanitarios (médicos y enfermeros) que asisten a una de las sesiones impartidas en el EAP.
Valor a alcanzar: 70 % (rango 70 -100%) en diciembre 2019.
4. Grado de difusión del protocolo e infografía en el EAP.
Valor a alcanzar: 90 % (rango 90 -100%) en diciembre 2019.
5. Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA.
Valor a alcanzar: 80% (rango 80-100%) en diciembre 2019 (corte en junio y diciembre 2019).
6. Porcentaje de pacientes con sintomatología de FAA con 3 o más criterios Centor a los que se ha realizado el TRDA y ha resultado positivo.
Indicador informativo en diciembre 2019 (corte en junio y diciembre 2019).

DURACIÓN

El proyecto se llevará a cabo en 2019 y su finalización está prevista en diciembre 2019.
Especificado en el apartado de actividades y oferta del servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0349

1. TÍTULO

REVISIÓN DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARCELA CECILIA AMESTOY CHIESA

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TELMO HUESO MARIA SIRA
MINGUEZ LACASA MARIA PILAR
EGEA ESPADA ROCIO
TOMAS BLASCO PILAR
LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL
BURGUES VALERO CARMEN
NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó sesión clínica en Marzo de 2019 informando tanto a enfermería como a medicina cuales eran las pautas de actuación sobre las revisiones de las glicadas en los pacientes diabéticos, al menos dos al año como recomiendan las guías de práctica clínica.
- En dicha sesión también se mostró como teníamos el indicador del centro y por cupos y cuales iban a ser las acciones a tomar para la mejora del mismo.
- Se recordó que las analíticas deben pedirse por planes personales y que podrán solicitarlas tanto médico como enfermera, dando los resultados indistintamente tanto en consulta presencial como no presencial, pasando a consulta médica si los resultados estuvieran alterados.
- Se revisó con cada enfermera el cuadro de mandos de diabetes, para ver que pacientes no tenían la glicada solicitada desde primaria, bien porque no se había solicitado, o porque se revisaban desde especialista (internista o endocrino) o por que habían pasado ya los meses de la última analítica.
- Se recordó cómo registrar en OMI-AP las analíticas de pacientes que siguen controles por especialistas, registrando al menos en estos: glicada, GFR, albuminuria y lípidos.
- Se mostraron cada trimestre al equipo los resultados obtenidos en el indicador

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se partía de un indicador con valor de 41,25% a final de 2018, poniendo como objetivo un valor a alcanzar entre un 5 y 10%. El indicador fue evolucionando desde Abril hasta conseguir un pico en Julio del 49,34%, que se mantuvo en Octubre con un 49,22%. Finalmente se produjo una bajada a un 45,75% en Diciembre de 2019, lógica si tenemos en cuenta que en Diciembre caducaban las glicadas solicitadas en Junio que es cuando se alcanzó el pico máximo, y teniendo en cuenta que Diciembre es un mes con menos días hábiles y con fiestas que incluyen excesos dietéticos consideramos lógica la bajada que esperamos remonte próximamente, Aún así, casi hemos conseguido el estándar mínimo que nos proponíamos del 5% (mejora absoluta 4,50%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestra intervención ha mejorado de forma moderada el indicador. Creemos que es conveniente que cuando se plantee un estudio de monitorización del indicador de HbA1C, que tiene medición semestral, se comience la intervención en los meses de Enero-Febrero para evitar que la intervención caduque en el mes con menos días hábiles: Diciembre.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/349 ===== ***

Nº de registro: 0349

Título
REVISION DE LA HBA1C EN LOS DIABETICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Autores:
AMESTOY CHIESA MARCELA CECILIA, TELMO HUESO MARIA SIRA, MINGUEZ LACASA MARIA PILAR, EGEA ESPADA ROCIO, TOMAS BLASCO PILAR, LAHUERTA ESCOLANO MARIA ANGEL, BURGUES VALERO CARMEN, NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0349

1. TÍTULO

REVISIÓN DE LA HBA1C EN LOS DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALCAÑIZ

Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la práctica clínica

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha detectado que la cobertura de petición de HBA1C, en pacientes diabéticos, en los últimos seis meses en nuestro centro de salud es mejorable. Este hecho se ha detectado al revisar el cuadro de mandos, donde el indicador de glicada en los últimos 6 meses está en 41,25%, y aunque es el Centro de Salud con más población del Sector, este indicador está lejos del resto de Centros de Salud de más población del mismo Sector. Además, si analizamos el gráfico de control del último año, este % se ha mantenido estable durante todo el año, por lo que podemos afirmar que hay numerosos pacientes que no se realizan dos HBA1C al año, que es el mínimo que recomiendan las guías de práctica clínica. Es cierto que existen pacientes en control por endocrinología cuyos datos de laboratorio no se registran directamente en OMI-AP, pero esto ocurre en todos los centros de salud de nuestro sector y las coberturas son mejores, independientemente del tamaño de los cupos. Las causas pueden ser problemas de coordinación internos del centro, usar poco el cuadro de mando, y sobre todo la inercia clínica, que finalmente se refleja en retraso para tomar medidas terapéuticas cuando el paciente las necesita.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos marcamos cómo objetivo el mejorar de forma estable al menos un 5% este indicador hasta diciembre de 2019.

MÉTODO

- Se va a realizar una sesión clínica con las recomendaciones actuales sobre las revisiones de glicada en los diabéticos.
- Se va a revisar con cada enfermera el cuadro de mandos de diabetes. Se propone que en épocas de menos demanda se revise el cuadro de mando anotando en un flash los pacientes controlados en AP a los que les falta la glicada, a modo de recordatorio.
- Formación en el uso de planes personales. Enfermería debe solicitar las analíticas por plan personal, sin necesidad de que los pacientes pasen por la consulta del médico para la solicitud, los resultados deben ser evaluados por el médico y en función de las cifras podrá ser comunicado por médico o enfermera en consulta no presencial o ser citado a consulta si se precisa modificación del tratamiento.
- Se mostrará como registrar en OMI-AP las analíticas de los pacientes controlados por endocrinología, para que, en función de la demanda puedan registrarse al menos la glicada, GFR, albuminuria y lípidos.

INDICADORES

1. Porcentaje de pacientes diabéticos con dos controles de glicada al año. Valor a alcanzar entre 46%-50%.

DURACIÓN

MARZO 2019: Sesión clínica sobre coordinación médico-enfermera y uso de planes personales.
MAYO-SEPTIEMBRE-NOVIEMBRE: monitorización y sesión clínica de evaluación de resultados del indicador, tomando acciones de mejora en caso necesario

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0421

1. TÍTULO

TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MICHELOT LAMARRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARCELLER LLIDO DAVID
CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON
IBANEZ CANO ANA
ARZA CANDIA NEWTON
RODRIGUEZ ALVAREZ ERICKA
MUÑOZ BARBA INMACULADA
MATTHEW MATTENET GIOVANNA IVONNE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el primer taller el sábado 6 de Abril de 2019 de 4 horas de duración, en los locales del Grupo Scout de Alcañiz, para monitores, rama compañeros y comité.

Previamente propusieron realizar en el mismo día, un taller de RCP básica con muñecos, por lo que reservamos los muñecos del Hospital de Alcañiz para realizar la actividad.

A la actividad acudieron 15 personas de las 26 a la que iba dirigida, se realizaron 3 grupos con 5 personas en cada uno de ellos. Cada grupo contaba con 3 sanitarios que dirigían la actividad.

Un grupo realizó el taller de heridas, otro el de inmovilizaciones y el último de RCP, todos pasaron por los 3 talleres. En cada taller tenía su parte teórica, práctica y de evaluación, con casos clínicos que tenían que resolver como personal no sanitario.

Se revisó los botiquines de rama, son unas mochilas que tiene cada una de las ramas del grupo y que se llevan a las andadas, con un material mínimo de cura y mínima medicación analgésica. Se les explicó el uso, e incluso se les aconsejó la inclusión de cierto material que les sería de ayuda si hubiera algún incidente en dichas marchas, para que pudieran actuar hasta la llegada del personal sanitario.

El segundo taller propuesto para Junio, para realizar un refresco de ideas y conceptos antes del campamento de Julio, se suspendió, ya que mucha gente interesada no podía acudir al mismo, y solicitaron se realizara en los dos primeros días del campamento. Se realizó la misma actividad entre el 15 y 17 de Julio en Eriste, esta sin muñecos realizando igual los talleres de heridas, inmovilizaciones y de RCP. A esta actividad se sumaron todos los adultos, que sin ser del comité acuden al campamento a colaborar, además de todos los que ya la realizarán y los que no pudieron acudir en la primera sesión de Abril. También se revisaron los botiquines de ramas al igual que informamos de las nuevas inclusiones en los mismos y su uso.

Además hablamos del material de fortuna, que son todo tipo objetos que nos rodean que puedes usar como material sanitario sin serlo y que nos pueden ayudar en un primer momento ante un accidente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-En la primera convocatoria acudieron 15 de los 26 a los que iba dirigida, y se realizó una preevaluación tipo test para ver cuales eran sus conocimientos previos, en la que el 60% (9 de los 15 asistentes) fueron capaces de contestar al 50% de las preguntas. La preevaluación práctica previa fue superada por el 33,33% (5 de los 15 asistentes), en ella se evaluó la correcta inmovilización de diferentes partes del cuerpo y curas de diferentes heridas.

Tras finalizar los talleres se volvió a evaluar de la misma manera a los asistentes con muy buenos resultados, ya que el 100% logró contestar el 50% de las preguntas de test y el 86,66% (13 de los 15 asistentes) logró superar la parte práctica.

-En la segunda convocatoria llevada a cabo durante el campamento, acudieron 38 personas, se realizó el test previo a la actividad a 23 de ellos, ya que 15 ya lo habían realizado en la primera convocatoria, contestando el 69,56% (16 de los 23 participantes) al 50% de las preguntas, y la parte práctica fue superada por el 47,82% (11 de los 23).

Tras finalizar los talleres se evaluó a los 38 participantes de la actividad mediante un test en el que el 92,10% (35 de los 38 participantes) contestaron al menos al 50% de las preguntas de test, y el 84,21% (32 de los 38) superó la parte práctica.

-En la primera convocatoria del 6 de Abril, la asistencia fue del 57,69%, la satisfacción fue del 100%. Se les pasó una encuesta de satisfacción donde fuimos muy bien valorados y donde además el 100% de ellos concluyó que les iba a ser muy útil tanto para el próximo campamento como para su vida personal.

-La segunda convocatoria dentro del campamento entre el 15 y 17 de Julio, la asistencia fue del 100%. La satisfacción valorada por encuesta fue del 100% y al igual que la primera sesión fue considerado como muy útil tanto para el campamento como para su vida personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este grupo es muy consciente de las limitaciones que tiene la montaña a la hora de asistir a un herido. Todos quieren saber como actuar en un primer momento hasta que llegue el servicio médico, y tienen muy claro que el tiempo es oro en estos casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0421

1. TÍTULO

TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Toda la población en general y sobre todo los que trabajan de cara al público, sean niños o adultos, solicitan hoy en día cursos de este tipo, para poder realizar un primer auxilio ante un accidente, reconocer una parada y poder iniciar maniobras de RCP, porque saben que pueden salvar vidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/421 ===== ***

Nº de registro: 0421

Título
TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Autores:
LAMARRE MICHELOT, CARCELLER LLIDO DAVID, CANTIN VAZQUEZ JOSE RAMON, IBAÑEZ CANO ANA, ARZA CANDIA NEWTON, RODRIGUEZ ALVAREZ ERICKA, MUÑOZ BARBA INMACULADA, MATTHEW MATTENET GIOVANNA YVONNE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La propuesta de esta actividad, surge de los monitores del Grupo Scout 227 de Alcañiz, tras presenciar ciertas heridas y fracturas a lo largo de estos años, durante las dos semanas que dura el campamento de verano. En muchas ocasiones había médico que curaba o suturaba las heridas en el mismo campamento sin necesidad de evacuación del herido, pero en otras ocasiones no había por lo que con las mínimas nociones de primeros auxilios o sin ellas, se evacuaba al herido lo más rápidamente posible al centro sanitario más próximo, a veces localizado a gran distancia.
En otras ocasiones han presenciado golpes, contusiones o deformidades, lo más frecuente de extremidades, que han precisado traslado unas veces para descartar fracturas y otras para tratarlas. Si esta situación sucede con médico en campamento, el traslado se realiza con correcta inmovilización, pero si no lo hay, el traslado se realiza, al igual que con las heridas, lo más rápidamente posible al centro más próximo.

RESULTADOS ESPERADOS
Dirigido al grupo Scout de Alcañiz, concretamente a monitores, rama de compañeros y personal de comité que quiera adquirir conocimientos sobre heridas e inmovilizaciones y pauta de actuación a nivel extrasanitario.

MÉTODO
Vamos a realizar talleres en los locales del Grupo Scout, donde se impartirán tanto clases teóricas sobre heridas e inmovilizaciones, cómo clases prácticas con posibles casos y normas de actuación, así cómo un taller de vendajes funcionales.
Se revisarán botiquines de rama, recordando el material que tienen y el uso que le pueden dar.
Se expondrán casos más graves que pueden ocurrir durante el campamento y que precisen uso de "material de fortuna".

INDICADORES
- Nº de participantes que realizan la actividad/ Nº total de convocados a la actividad.
- Nº de participantes satisfechos con la actividad / Nº total de participantes que realizan la actividad.
- Pasaremos encuesta de satisfacción, donde se valorará no sólo la satisfacción, sino si la consideran útil a nivel personal para poder ayudar en caso que fuera necesario.

DURACIÓN
Esta actividad se realizará en dos tardes de unas 4 horas de duración cada una, estamos pendientes de confirmación de fechas, pero se realizará antes del siguiente campamento, previsto del 14 al 28 de Julio 2019 en Eriste.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0421

1. TÍTULO

TALLER DE HERIDAS E INMOVILIZACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SHEILA NAYA PUERTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAMARRE MICHELOT
ZURERA TORO MANUEL JESUS
GROS MORELLON TOMAS
RINCON ESTRADA RAFAEL
IBAÑEZ CANO ANA
CARCELLER LLIDO DAVID
MUÑOZ BARBA INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- El 5 de junio de 2019 realizamos la primera sesión en el centro joven a la que acudieron tanto la directora como 6 de los 12 monitores y 8 miembros del equipo de atención primaria. En esta primera sesión los monitores nos transmitieron sus dudas y el enfoque que querían darle al curso, ya que por el centro pasan semanalmente más de 100 niños, además realizan actividades por diferentes poblaciones por lo que sus miedos aumentan al no tener por las tardes personal sanitario en los consultorios.

Solicitan no solo saber realizar una RCP, sino que también quieren saber reconocer situaciones graves y como actuar en ellas como: hipoglucemias, crisis convulsivas, ansiedad, actuación ante heridas y contusiones, pérdida de conciencia y PLS, atragantamientos y epistaxis.

Aprovechamos esta primera reunión para realizar una evaluación previa de tipo práctico, resolviendo diferentes escenarios que podrían darse en el centro, tanto a los niños, acompañantes de estos como a los propios monitores.

- Por otro lado, nos solicitaron que les hicieramos un triptico de actuación para poder tenerlo colgado y que de forma muy visual sepan que hacer y a donde llamar en caso de ser necesario.

- Revisamos botiquín del centro y aconsejamos la compra de cierto material básico.

- En esa misma reunión ya se propuso fecha para la siguiente (finales de Junio), donde se les realizaria previa a la charla una evaluación tipo test para saber cuales eran sus conocimientos previos y otra al finalizarla. Les llevariamos también los bocetos de los tripticos visuales de actuación

- Habría una última reunión donde se realizaría el taller de RCP con muñecos, prevista para la primera quincena de Julio, fecha en la que estaban libres los muñecos en el Hospital de Alcañiz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la evaluación práctica realizada el día 5 de Junio, 4 de los 6 monitores pasaron dicha prueba, donde se evaluó la resolución de diferentes casos clínicos preparados, unos de forma individual y otros con participación colectiva.

A finales Junio, nos avisaron que se debía de suspender esta actividad ya que iban a haber cambios en el personal con incorporación de una nueva plantilla de monitores. Se habló con la directora de suspender dicha actividad pero nos dijo que los nuevos monitores estaban interesados en realizarla de la misma manera. Ya que no se ha podido realizar este año y teniendo todo el material preparado: test evaluación, casos clínicos a resolver de forma práctica, la teoría, el boceto de los tripticos,..... se decidió, que sería de seguimiento para el siguiente año, teniendo la primera reunión en febrero 2020

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cronograma ha tenido que alargarse por razones ajenas a nuestra voluntad. Como aspecto positivo, el proyecto sigue interesando a pesar de los cambios en la plantilla de monitores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/506 ===== ***

Nº de registro: 0506

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0506

1. TÍTULO

PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

PROTOCOLOS DE ACTUACION ANTE ACCIDENTES EN EL CENTRO JOVEN DE ALCAÑIZ

Autores:
NAYA PUERTO SHEILA, LAMARRE MICHELOT, ZURERA TORO MANUEL JESUS, GROS MORELLON TOMAS, RINCON ESTRADA RAFAEL, IBAÑEZ CANO ANA, CARCELLER LLIDO DAVID, MUÑOZ BARBA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Ayuntamiento de Alcañiz, en el año 2004, abrió las puertas del Centro Joven, cómo un servicio para la población infanto-juvenil para poder jugar, acudir a leer, acudir con sus familia para disfrutar de las instalaciones o a participar en las diferentes actividades que organizan cómo obras de teatro, disfraces, tertulias,.....
A lo largo de sus casi 15 años de historia, han tenido multitud de incidentes unos más graves que otros, y los responsables del centro han tenido muchas dudas a la hora de actuar en los incidentes que han ido sucediendo, por lo que plantearon realizar un curso no sólo de primeros auxilios, sino también el tener un protocolo de actuación en cada una de las situaciones que pueden plantearse, para tener más seguridad ante las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS
Los objetivos del proyecto son:
- Crear protocolos de actuación para personal no sanitario en función de las diferentes situaciones que pueden plantearse: contusiones, heridas, TCE, convulsiones, perdidas de conciencia,.....
- Reconocer situaciones graves.
- Taller de RCP.

MÉTODO
- Sesión clínica con las normas de actuación en las diferentes situaciones creando un protocolo de actuación para cada una de ellas.
- Taller de RCP
- Botiquín mínimo en las instalaciones.

INDICADORES
- Número de asistentes a la actividad/ número de responsables del centro
- Grado de satisfacción de los usuarios con la actividad, mediante encuesta de satisfacción
- Conocimientos y habilidades aprendidos con la actividad, mediante evaluación final con diferentes casos clínicos.

DURACIÓN
Se realizarán un mínimo de dos sesiones a pactar previamente, antes que finalice el año 2019, de unas 3 horas de duración cada una.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0754

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTEFANIA CLAVER ESCANILLA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO
SORRIBAS MARTI MIRIAM
MINGUEZ LACASA MARIA PILAR
NAYA PUERTO SHEILA
VALLES AGUILAR SILVIA
SOLDEVILLA JIMENO ELENA
TOMAS BLASCO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica con los profesionales de la Unidad del Crónico complejo del Hospital.
Sesiones mensuales de los componentes del proyecto poniendo en común las dudas, mejorando cómo realizar el plan de intervención en los pacientes.
Sesiones bimensuales con el resto del equipo, el 3er miércoles de cada mes
Evaluación trimestral de de los indicadores con realización de las acciones de mejora.
Se hacen sesiones con incapié en las valoraciones enfermeras
Se repasan los protocolos de los principales diagnósticos de los pacientes crónicos complejos elaborando actividades e intervenciones estándar según diagnósticos.
EPOC: limpieza de vías aéreas, signos de alarma de exacerbadión
DIABETES: correcto manejo de los tratamientos
INSUFICIENCIA RENAL: constantes, medidas higiénico dietéticas
INSUFICIENCIA CARDICA: controles de pesos, control edemas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el primer corte de indicadores estábamos en el 30,81% de inclusión de pacientes GMA>97. Corte realizado en Junio
En Junio, el corte estaba en 30.81% y en septiembre 31,83%
En el Plan de Intervención no se ha llegado al valor estándar pero si que se ha mejorado del corte primero que estaba en junio en 30,77% y el corte en septiembre estaba en 37,01%
Aún habiendo una mejoría de dichos indicadores y al realizar las valoraciones de enfermería se ha conseguido registrar y realizar el test de Zarit. Todavía queda mucho por mejorar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con las distintas sesiones grupales que hemos tenido hemos conseguido mejorar en los indicadores, mejorar en las actuaciones con los pacientes e intentar que haya menor número de ingresos de larga estancia, ya que con la comunicación con la unidad de Crónico Complejo se han podido disminuir dichos ingresos y por tanto disminuir los costes.
Uno de los problemas con los que nos encontramos en no mejorar lo suficiente fueron los cambios de muchos de los componentes de dicho programa de mejora debido a los traslados, oposición, bajas médicas y cambios de cupo.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto será de continuidad, ya que queda mucho por trabajar y mejorar.
Los componentes del equipo algunos de ellos serán distintos ya que no están actualmente en dicho centro de salud

*** ===== Resumen del proyecto 2019/754 ===== ***

Nº de registro: 0754

Título
IMPLANTACION DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, TOMAS GUTIERREZ JOSE FERNANDO, MINGUEZ LACASA MARIA PILAR, NAYA PUERTO SHEILA, VALLES AGUILAR SILVIA, SOLDEVILLA JIMENO MARIA ELENA, TOMAS BLASCO PILAR, SORRIBAS MARTI MIRIAM

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0754

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pluripatología
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El despliegue del programa del paciente crónico complejo comenzó el año pasado y nestras coberturas, aunque se han venido desarrollando, existe espacio para la mejora.
Hemos incluido al 56% de los pacientes con P.99 y el 52% de los pacientes incluidos no tenían plan de intervención en el último contacto

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la inclusión de pacientes con criterios de selección en el programa del paciente crónico complejo.
Conseguir que todos los pacientes incluidos tengan un plan de intervención escrito actualizado y garantizar la continuidad asistencial en estos pacientes para evitar ingresos.

MÉTODO

Sesión clínica sobre el programa del paciente crónico complejo.
Evaluación trimestral de indicadores con realización de acciones de mejora derivadas del análisis de los mismos.

INDICADORES

% de pacientes con GMA > 99 incluidos en programa
% de pacientes con plan de intervención en el último contacto

DURACIÓN

Finales de marzo: sesión clínica programa paciente crónico complejo
Marzo-abril: primer corte de indicadores
Septiembre: segundo corte
Enero: revisión final

OBSERVACIONES

modifica el proyecto 2019_0382

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0755

1. TÍTULO

AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIRIAM SORRIBAS MARTI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MINDAN GAZULLA BEATRIZ
CLAVIER ESCANILLA ESTEFANIA
AGUILAR JULIAN MARTA
CASTELLANO JUSTE ISABEL
EGEA ESPADA ROCIO
NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES
GROS MORELLON TOMAS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el mes de Marzo:

- Reunión inicial del grupo e trabajo del Proyecto con el fin de organizar las tareas a realizar.
- Se elabora una hoja de autoregistro de Tensión Arterial que resulte cómoda y sencilla para el uso del paciente, consta de doce tablas correspondientes a cada una de las semanas con casillas para las tres tomas de TA antes del desayuno, antes de la comida y antes de la cena.
- Diseño de una hoja informativa con pautas para la correcta realización de la técnica por parte del paciente, con instrucciones a cerca de la frecuencia, el modo y la técnica de autocontrol de TA.
- La técnica consistirá en tomar la PA un día a la semana, antes de desayunar, antes de comer y antes de cenar. Tres tomas cada vez, sin retirar el manguito y esperando un minuto entre una toma y otra.
- La población elegida para el estudio es un cupo con un total de 1824 pacientes de los cuales 464 tienen diagnóstico de HTA.

Durante el mes de Abril:

- Se informa al resto del personal de enfermería del Centro de Salud de Alcañiz de la existencia de dichos documentos y del estudio que se va a llevar a cabo. Con fin informativo y en el caso de que les pudiesen ser útiles las hojas de autorregistro para su consulta. En caso de que las llegaran a usar, esos pacientes no serán objeto de este estudio.
- Se comienza el proceso de información y entrega de la hojas de autorregistro a los pacientes hipertensos que siguen revisiones periódicas en consulta de enfermería a estudio.

Durante los meses siguientes hasta el mes de Diciembre incluido:

- Cada paciente hipertenso realiza una consulta de seguimiento por parte de la enfermera cada tres meses, en dicha consulta se recogen cifras de AMPA (Auto Medición de la Presión Arterial) de los últimos tres meses y se entrega nueva hoja de registro.
- Se toma TA en consulta, se realiza una media de cifras de tensiones domiciliarias y se registran ambos datos en la historia clínica del paciente.
- Se revisa el tratamiento farmacológico del paciente (posología, dosis, horario,etc...)
- Se comprueba una vez a lo largo del periodo la discrepancia del tensiómetro del paciente

Durante el mes de Enero 2020:

- La primera semana de Enero se reúnen todas las hojas de autorregistro que se han ido recogiendo de los 147 pacientes con tratamiento farmacológico para la HTA que han acudido a las visitas programadas de enfermería del cupo a estudio.
- Se analizan los datos obtenidos durante el proceso para la realización de la memoria. (no se analizan datos de ningún otro cupo del C.S.)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La prevalencia de HTA diagnosticada en el cupo a estudio es del 25,43%

El 31,68% de los 464 pacientes hipertensos realizan autocontrol y autorregistro domiciliario

El 85,03% de los pacientes que realizan un autocontrol y autorregistro domiciliario lo realizan correctamente.

El 83,67% de pacientes que realizan el autocontrol y autorregistro domiciliario obtienen unas cifras óptimas de tensión arterial. Tomando con cifras optimas aquellas que no superan 140-90 mmHg

El 44,89% de pacientes que realizan un autocontrol y autorregistro domiciliaria obtienen cifras de tensión arterial en consulta superiores a las cifras domiciliarias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0755

1. TÍTULO

AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se observa que un 25,43% del cupo estudiado es hipertenso, algo superior que la media de Aragón. Durante este año se consigue que el 31,68% de estos pacientes hagan un autocontrol y autorregistro domiciliario de la Tensión Arterial. Un 44,89% de pacientes experimenta una reacción de alerta ante la toma de PA, que en algunos casos puede ser muy importante. Según los datos obtenidos el 44,89% de los pacientes obtienen mejores cifras de tensión en domicilio que en consulta. Se podría definir como HTA de "Bata Blanca". El uso del AMPA es una herramienta muy útil en el manejo de la HTA en Atención Primaria, siendo necesario implicar a los pacientes en su patología e instruirlos en la realización de la técnica, además se consigue mayor adherencia al tratamiento. El uso de esta herramienta mejora el diagnóstico de hipertensión, valora el efecto de los fármacos y conciencia más al paciente en el control de su patología.

7. OBSERVACIONES.

No todos los pacientes son tributarios de AMPA. La selección adecuada de los pacientes es importante ya que, en algunos casos como arritmias cardíacas, ancianos con déficit cognitivo, auditivo o visual o pacientes con personalidad obsesiva contraindican la realización de AMPA. El coste de los aparatos de AMPA también es una importante contraindicación ya que aunque la mayoría de los pacientes pueden comprarlos, existe otro grupo que no puede asumir el gasto que cuesta un aparato automático para AMPA. Es importante que los pacientes mejoren sus conocimientos y se impliquen en los cuidados de sus patologías crónicas. Esta hoja de autoregistro ha sido útil y sencilla de rellenar para los pacientes incluidos en el estudio, creemos que se puede hacer un uso más generalizado en el Centro de Salud de Alcañiz.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/755 ===== ***

Nº de registro: 0755

Título
AUTOMEDIDA DE LA PRESION ARTERIAL, LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

Autores:
SORRIBAS MARTI MIRIAM, MINDAN GAZULLA BEATRIZ, CLAVER ESCANILLA ESTEFANIA, NAVARRO MUÑIZ MARIA MERCEDES, AGUILAR JULIAN MARTA, GROS MORELLON TOMAS, EGEA ESPADA ROCIO, CASTELLANO JUSTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HTA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la importancia de la hipertensión arterial HTA como factor de riesgo cardiovascular y las discrepancias entre las cifras de TA en consulta y en domicilio se detecta la necesidad de formar a los pacientes en el registro de tomas de TA en domicilio con la finalidad de detectar la hipertensión de bata blanca y ajustar a los tratamientos a las necesidades del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS
Lograr una mayor implicación del paciente en su patología.
Mejorar la adherencia al tratamiento.
Facilitar el diagnóstico de HTA de bata blanca.
Determinar la eficacia del tratamiento.
Evitar posibles hipotensiones e hipertensiones a lo largo del día.

MÉTODO
1.- Diseñar una hoja de registro de medicaciones para el paciente y colgarla en las plantillas de OMI-AP
2.- Diseñar unas instrucciones sencillas para realizar la técnica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0755

1. TÍTULO

AUTOMEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL. LA CLAVE PARA EL CORRECTO TRATAMIENTO DE LA HTA

- 3.- Presentar dicha hoja a los compañeros de atención primaria.
- 4.- Instruir a los pacientes seleccionados en la correcta técnica de AMPA
- 5.- Comprobar la discrepancia del aparato del paciente con el nuestro.

INDICADORES

- % de pacientes hipertensos/ total de pacientes
- % de pacientes hipertensos que aceptan el autocontrol / total de hipertensos
- % pacientes hipertensos que realizan correctamente el AMPA / total pacientes que realizan AMPA
- % de pacientes hipertensos con cifras optimas de AMPA/ total de pacientes que realizan AMPA
- % de pacientes con HTA de bata blanca/ total de pacientes que realizan AMPA

DURACIÓN

- Diseño de hoja de registro en marzo de 2019
- Presentación al personal del centro en abril de 2019
- Inicio de entrega de hoja de registro a los paciente en abril de 2019
- Evaluación del proyecto en febrero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1094

1. TÍTULO

ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA ARQUED NAVAZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAN GARGALLO MARIA CARMEN
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE
BLASCO ANENTO MARIA PILAR
PIRVULESCU MARIANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se aplicó el protocolo de acogida al paciente inmigrante a todos los niños y niñas inmigrantes que han acudido a las consultas de Pediatría de Atención Primaria del Centro de Salud de Alcañiz como demanda o de manera programada para revisiones.

Se les realizó una anamnesis básica (edad, sexo, lugar de procedencia, patologías relevantes desde el nacimiento, información vacunal...), exploración física y se realizaron peticiones de:

mantoux tras 10-12 semanas de la llegada del niño o niña a España.
Recogida de 3 muestras de heces para cultivo y parásitos, analítica de sangre con hemograma, bioquímica, serologías postvacunales (HbsAg), metabolismo del hierro y hormonas tiroideas. En un paciente realizamos también investigación de enfermedad de Chagas.

En ninguno de los pacientes hemos tenido que realizar pruebas complementarias adicionales que si se contemplan en el protocolo para determinados casos:

África subsahariana/adoptados/madres de riesgo/adolescentes sexualmente activo/operaciones con riesgo (tatuajes, circuncisión, transfusiones): VIH, sífilis, VHC.

Centro y Sudamérica especialmente Colombia, Paraguay, Bolivia (no Caribe): cribado Chagas.

África subsahariana/Nilo/Oriente Medio: esquistosomiasis urogenital... tira de orina tras ejercicio: si hematuria, recoger orina para detectar parásito.

<5a con ancestros raza negra (mulatos, indo-paquistaníes, península arábiga, sur del Magreb): cribado drepanocitosis.

Si fiebre y África subsahariana, Asia o Sudamérica: paludismo gota gruesa.

Asia meridional, lactantes de madres piel oscura, si toman antiepilépticos o tienen algún trastorno absorción intestinal: vitamina D.

Mutilación genital femenina: África subsahariana, Nilo, Pakistán (Bohmas), Malasia, Indonesia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras realizar una revisión de los niños inmigrantes llegados a Alcañiz en años anteriores que han acudido a nuestras consultas por motivo de cita de demanda o programada a lo largo de 2019, hemos evidenciado que en escasos pacientes se habían realizado pruebas complementarias.

La única prueba solicitada en alguna ocasión habían sido parásitos en heces, detectando en un paciente giardia lamblia.

En este 2019 hemos recogido datos de 18 pacientes (9 niños y 9 niñas) de edades comprendidas desde los 18 meses hasta los 13 años (media 7,8 años).

El 38,9 % (7 niños) proceden de Marruecos, el 27,8% (5 niños) proceden de Rumanía, 3 niños de Colombia y 1 niño de Cabo Verde, 1 niña de Cuba y 1 niño es saharauí (programa de acogida en verano).

Los resultados encontrados han sido:

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos): el 72,2% (13 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 72,2% (13 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología de virus de la hepatitis B (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 72,2 % (13 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado despistaje alteraciones tiroideas (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado TSH y T4 x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 55,5% (10 niños)

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 50% (9 niños), siendo negativo en todos los casos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1094

1. TÍTULO

ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE

% de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos). El 61,1% (11 niños)

Otro resultados a destacar ha sido que en 5 niños de los 13 (el 38,46%) que se realizaron analítica habían títulos no protectores de anticuerpos frente a hepatitis B (AcshB) a pesar de presentar en 3 de los casos cartilla de vacunación.

Además se constató anemia en un caso (Hb 10,8 g/dL) y eosinofilia del 10,3% en otro paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo se ha aplicado correctamente solicitando todas las pruebas pertinentes en el 88,9% de los casos. Lo consideramos aceptable puesto que la logística de petitorios es compleja, para cada paciente son necesarios 5 volantes escritos a mano y un volante extraído desde el programa informático OMI-ap. Se podría intentar disminuir el número de volantes para facilitar al profesional la aplicación del mismo.

El cumplimiento por parte de los pacientes ha sido parcial. Sólo 7 casos han realizado en su totalidad el protocolo (38,9%). Esto ha podido deberse a dificultades idiomáticas y de constancia de las familias. Un factor externo a las familias que ha podido influir es que la prueba del mantoux en Alcañiz ha de realizarse en medio hospitalario en un horario determinado (de 12 a 14h) lo que ha podido dificultar la obtención de este parámetro. A su vez, 5 de los 18 niños son hermanos, lo que también ha podido dificultar el cumplimiento del protocolo. Se intentará recaptar a estos niños en sus próximas visitas para completar calendario vacunal acelerado.

Debido al escaso grado de cumplimiento del protocolo por parte de las familias y el número de pacientes reclutados, ha podido detectarse poca patología descrita en niño inmigrante. Aunque si que hemos podido completar calendarios vacunales en el 94,4% de los pacientes.

A pesar de esto, pensamos que ha sido muy útil la elaboración de este protocolo que podrá en un futuro detectar circunstancias que ayuden a nuestros niños y niñas inmigrantes.

7. OBSERVACIONES.

Estamos intentando completar pruebas en los pacientes reclutados y recabar información de cuantos niños y niñas inmigrantes han llegado en 2019 a vivir a Alcañiz con lo que estamos contactando con los informáticos del Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1094 ===== ***

Nº de registro: 1094

Título
ACTUACION CON POBLACION PEDIATRICA INMIGRANTE

Autores:
ARQUED NAVAZ MARTA, GAN GARGALLO MARIA CARMEN, MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO MARIA PILAR, PIRVULESCU MARIANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la sociedad actual existen muchos cambios migratorios. En nuestro medio existe un ambiente pluricultural enriquecedor pero a veces no tenemos bien definido cómo actuar ante inmigrantes recién llegados. En otros lugares se ha establecido un protocolo de acogida al paciente pediátrico inmigrante que requiere una entrevista con peculiaridades (diferente idioma, cultura y hábitos alimenticios, dificultades para recabar antecedentes personales y familiares...) y una exploración adaptada para valorar en algunos casos patología tropical. También tenemos que descartar que tengan enfermedades como anemia, ferropenia, hipotiroidismo... En ausencia de este protocolo de acogida, es posible que se nos estén pasando por alto problemas de elevada prevalencia en este colectivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1094

1. TÍTULO

ACTUACIÓN CON POBLACIÓN PEDIÁTRICA INMIGRANTE

RESULTADOS ESPERADOS

- General: Homogeneizar la actuación pediátrica ante los niños y niñas inmigrantes cuyo centro de salud de referencia es el Centro de Salud de Alcañiz.
- Realizar las exploraciones recomendadas en los protocolos de acogida al paciente pediátrico de referencia en nuestro medio:
Hemograma
Determinación de patrón férrico: sideremia y ferritina
Detección de hepatitis B (HbsAg)
Hormonas tiroideas: TSH y T4 libre
Mantoux
Parásitos en heces

MÉTODO

Se elaborará un protocolo de acogida al paciente inmigrante. Durante el desarrollo de nuestra actividad asistencial se realizará la captación de estos pacientes y la aplicación del protocolo, con la colaboración de enfermería. Posteriormente se analizará la patología detectada respecto al total de pacientes analizados. Además de los contenidos reflejados en los objetivos se podrán individualizar otras pruebas para cada niño:
África subsahariana/adoptados/madres de riesgo/adolescentes sexualmente activo/operaciones con riesgo (tatuajes, circuncisión, transfusiones): VIH, sífilis, VHC.
Centro y Sudamérica especialmente Colombia, Paraguay, Bolivia (no Caribe): cribado Chagas.
África subsahariana/Nilo/Oriente Medio: esquistosomiasis urogenital...tira de orina tras ejercicio: si hematuria, recoger orina para detectar parásito.
<5a con ancestros raza negra (mulatos, indo-paquistaníes, península arábiga, sur del Magreb): cribado drepanocitosis.
Si fiebre y África subsahariana, Asia o Sudamérica: paludismo gota gruesa.
Asia meridional, lactantes de madres piel oscura, si toman antiepilépticos o tienen algún trastorno absorción intestinal: vitamina D.
Mutilación genital femenina: África subsahariana, Nilo, Pakistán (Bohmas), Malasia, Indonesia.

INDICADORES

- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado hemograma x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado patrón férrico x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología de virus de la hepatitis B (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado serología x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado despistaje alteraciones tiroideas (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado TSH y T4 x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado Mantoux x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).
- % de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces (Número de pacientes inmigrantes pediátricos en los que se ha realizado parásitos en heces x 100/ N° de pacientes inmigrantes pediátricos).

Como de entrada no sabemos qué coberturas tenemos actualmente de estos indicadores planteamos una medición antes de comenzar en una muestra de 30 pacientes. Una vez finalizada la intervención volveremos a medir los indicadores en una muestra de 40 pacientes inmigrantes atendidos tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN

A lo largo de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

1. TÍTULO

PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE MIRIAM FACI OLMOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUILAR JULIAN MARTA
ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA
CASTELLANO JUSTE ISABEL
MINGUEZ LACASA MARIA PILAR
OMEDES BES MARIA
PEREZ PORCAR ANA ISABEL
RINCON ESTRADA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

*Durante el mes de Marzo:

-Reunión inicial del grupo de trabajo de la A. comunitaria, con el fin de organizar las actividades a realizar
-Se contacta vía telefónica con la docente responsable del curso para explicar objetivos, características, duración y concretar las fechas y horarios para la realización de los talleres formativos.
-A continuación, se le remite la documentación pertinente del taller a la docente responsable del IES.
-Reunión del grupo de trabajo, con objeto de planificar los talleres teórico-prácticos, así como elaboración del pre-test y post-test, para evaluar los conocimientos previos y los adquiridos en el taller.
-Solicitud de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP al área de formación sanitaria del IES
-Previo a la actividad los alumnos realizaron el pre-test, con el fin de determinar los conocimientos previos al taller, ese día faltaron 4 alumnos por actividades educativas organizadas por el instituto.

*Durante el mes de Abril:

- La realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en el IES Bajo Aragón fueron 24, 25 y 26; Consistió en una breve exposición de 15' duración de diapositivas para fijar los conceptos de PAS, PLS, RCP, OVACE, convulsiones, epistaxis, traumatismos y quemaduras. Posteriormente se realizaron 30' de prácticas sobre la correcta la realización de RCP, PLS y OVACE. Para ello se dividieron en 3 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos uno o dos miembros del equipo de trabajo como docente.
Esta actividad estaba prevista realizarla con 5 grupos: 3º A, 17 alumnos; 3ºB, 14; 3º C, 16; 3º E, 19; 3º F, 20, un total de 86 alumnos. Ese día la asistencia fue de 70 alumnos debido a que coincidía la actividad con una actividad de intercambio educativa. (Faltaron 16 alumnos)
Finalmente se realizó el post-test para comprobar los conocimientos adquiridos.
Ajustándose al horario previsto La duración total de la actividad en cada grupo de 3º de la ESO fue de 50 minutos.

*Durante el mes de Mayo

-Se realiza la corrección de los cuestionarios pre y el post-actividad.
-Reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico.

*Durante el mes de Diciembre

-Nueva reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la memoria del trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-La asistencia a la actividad fue del 81,4% de los alumnos de 3º de ESO de los grupos que solicitaron la actividad del IES Bajo Aragón.

-Los alumnos obtuvieron una nota media de 7,68 sobre 10 en el cuestionario previo.

-En el cuestionario post-actividad, los alumnos obtuvieron una media de 9,96 sobre 10.

-Los resultados de los cuestionarios que evaluaban los conocimientos de los alumnos estaba compuesto por 10 items, 9 de los cuales eran tipo test con dos opciones, a elegir la correcta, y la restante de completar, evaluando los conocimientos impartidos durante el taller.

-La totalidad de los alumnos adquirieron en los 30 minutos de prácticas, habilidades necesarias para ejecutar correctamente lo explicado en la teoría.

-Durante la actividad, varios alumnos contaron al grupo sus experiencias personales en las que les hubiera gustado tener estos conocimientos para poder actuar y ayudar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, la asistencia de los alumnos a los talleres es de un 81,4%, y los alumnos que no asistieron al taller fue por una actividad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

1. TÍTULO

PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

intercambio con otros centros educativos internacionales.

Se ha confirmado con los test que se realizaron antes del taller y después del mismo, que los alumnos han adquiridos habilidades y destrezas, individuales y grupales, en primeros auxilios; ya que la puntuación del cuestionario, se ha visto incrementada significativamente.

Se ha demostrado tanto por resultados evaluados como por la actitud y las destrezas adquiridas por los alumnos que les ha sido de utilidad y han adquirido los conocimientos básicos sobre primeros auxilios.

Respecto a los profesionales del centro de salud y MIR, ha sido una actividad muy satisfactoria, ya que ha logrado la implicación de muchos de ellos, tanto asistiendo como docentes al taller, como cubriendo al personal que se desplazó hasta el centro educativo.

Los miembros participantes de los talleres, valoran la actividad como positiva, era la primera vez que desde el centro de salud se realizaba esta actividad en el instituto.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población puede resultar de vital importancia.

Es necesaria la educación para la salud en los centros educativos para fomentar buenos hábitos, espíritu de ciudadanía, responsabilidad en la adolescencia y prevenir actitudes no deseadas familiarizandolos en situaciones de primeros auxilios.

Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor, que sería importante poderlo repetir en próximos años.

7. OBSERVACIONES.

Desde el centro de salud creemos importante fomentar los conocimientos de los alumnos de primaria y secundaria respecto a primeros auxilios.

En cuanto a los aspectos organizativos de la actividad, se vio que el tiempo de realización fue demasiado ajustado, 50 minutos de duración de una clase, por lo que dificultó el diálogo más extenso con los escolares, donde pudieran participar ampliamente.

Los docentes del centro educativo consideran muy interesante la realización de la actividad y sugieren la realización de la actividad del taller todos los años a los alumnos de 3º de ESO, haciéndolo coincidir con el estudio del Cuerpo Humano en la clase de Biología.

Según los resultados y tras la demanda por parte de profesores y alumnos, se prevé la continuidad anual de esta actividad.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1283 ===== ***

Nº de registro: 1283

Título
PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

Autores:
FACI OLMOS MIRIAN, ALBESA BENAVENTE MARIA INMACULADA, AGUILAR JULIAN MARTA, CASTELLANO JUSTE ISABEL, MINGUEZ LACASA MARIA PILAR, OMEDES BES MARIA, PEREZ PORCAR ANA ISABEL, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Día tras día somos testigo de la poca formación sanitaria, dudas y miedos que existe en primeros auxilios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

1. TÍTULO

PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

atención inicial a la urgencia.

La población infantil y adolescentes son susceptibles de sufrir tanto accidentes como patología aguda que requieran una rápida intervención y cuya evolución pueda depender de la calidad y rapidez de los primeros auxilios recibidos.

El centro educativo es el espacio idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje sobre primeros auxilios.

En los centros educativos de Aragón, no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios, según Resolución de 7 de noviembre de 2017, del Director General de Innovación, Equidad y Participación y el Director General de Asistencia Sanitaria del Gobierno de Aragón, por la que se dictan instrucciones relativas a la atención educativa al alumnado con enfermedades crónicas así como la intervención en situaciones de urgencia y emergencia en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón.

La actividad se origina desde el Instituto IES Bajo Aragón de Alcañiz, por la necesidad manifiesta de una de las profesoras de Biología de 3º ESO de dicho centro, acerca de que los alumnos de 3º de la ESO tengan nociones de 1º auxilios

Desde el Centro de Salud consideramos primordial que los alumnos tengan nociones sobre primeros auxilios ya que desde hace 2 años se vienen impartiendo talleres sobre esta materia a niños de 6º de primaria de los colegios de Alcañiz, con resultados muy satisfactorios.

La población a la que va dirigida esta actividad son alumnos que a día de hoy no han realizado dichos talleres, bien porque no estaban incluidos en el rango de edad en el momento que se inició la actividad comunitaria o bien son alumnos procedentes de colegios de otras localidades.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:

-Proporcionar a los alumnos de 3º de ESO del IES Bajo Aragón conocimientos básicos sobre primeros auxilios
-Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en 1º auxilios

ESPECIFICOS:

-Fomentar el espíritu de ciudadanía y responsabilidad en la adolescencia.
-Familiarizarlos con las situaciones de los temas tratados para disminuir el temor antes las mismas
-Los alumnos, después de la actividad, identificarán situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y actuarán de forma básica.

MÉTODO

-Reunión inicial del grupo de trabajo de la A.comunitaria, con el fin de organizar actividades a realizar
-Contactar vía telefónica con la docente responsable del curso para explicar objetivos, características, duración y concretar las fechas y horarios para la realización de los talleres formativos.

-A continuación, se le remitirá la documentación pertinente del taller a la docente responsable del IES.

-Reunión del grupo de trabajo, con objeto de planificar los talleres teórico-prácticos, así como elaboración del pre- test y post-test, para evaluar los conocimientos previos y los adquiridos en el taller.

-Solicitud de maniquí de simulación para realizar prácticas de RCP al área de formación sanitaria del IES

-Previo a la actividad los alumnos realizarán el pre-test, con el fin de determinar los conocimientos previos al taller .

- Realización de talleres formativos de carácter teórico-práctico en el IES Bajo Aragón; Consistirá en una breve exposición de 15' duración de diapositivas para fijar los conceptos de PAS, PLS, RCP, OVACE, convulsiones, epistaxis, traumatismos y quemaduras.

Posteriormente se realizarán 30' de practicas sobre la correcta la realización de RCP, PLS y OVACE.

Para ello se dividirán en 3 grupos, estando al cargo de cada uno de ellos un docente del centro de salud.

Finalmente, se realizará el post- test, para comprobar los conocimientos adquiridos.

La duración total de la actividad en cada grupo de 3º de la ESO será de 50`.

Total 5 grupos; 3º A 17 alumnos, 3ºB 14, 3º C 16, 3º E 19, 3º F 20, un total de 86 alumnos.

-Reunión del grupo de trabajo, con el fin de realizar la evaluación final e impacto del programa formativo teórico-práctico.

INDICADORES

Alumnos participantes/Total de niños de 3º ESO del IES

Alumnos participante por grupo/total de alumnos de grupo

Resultados del pre-test y post-test (el test consiste en 10 preguntas con dos opciones, con una solo respuesta correcta)

DURACIÓN

MARZO 2019: Contacto de la docente responsable con trabajador del C.S. solicitando la actividad. Exposición en el C.S. de la actividad y creación del grupo, con los trabajadores interesados en participar.

ABRIL 2019: Reunión del grupo de trabajo (planificación de contenidos, reparto de tareas y creación de calendario de trabajo).

Entrega del pre-test a la docente para su posterior distribución a los alumnos.

Días 24,25 y 26 de abril desarrollo de los talleres teórico-prácticos en el centro educativo.

MAYO 2019: Evaluación del pos-test.

Redacción de memoria y conclusiones.

OBSERVACIONES

Dependemos del horario y calendario escolar.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1283

1. TÍTULO

PODEMOS AYUDAR A SALVAR VIDAS EN ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN HURTADO LOPEZ
· Profesión MATRONA
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE PEREZ CARMEN MARIA
SERNA GARCIA CARMEN
CALAVIA CONTRERAS MERCEDES
REPOLLES PERALTA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras las reuniones de consenso con la Dirección de Atención Primaria en Mayo de 2018, el 83% de las matronas del Sector de Alcañiz comenzaron con este proyecto de mejora en la eficiencia del programa de Cribado del Cáncer de cérvix.

El 83% de las matronas del Sector, desde el mes de Junio de 2018, han tomado las muestras para el Cribado del Cáncer de cérvix en Atención Primaria, en una consulta de acto único.

Los resultados normales de dicho cribado han sido comunicados a las pacientes por correo ordinario, evitando así volver a citar a la paciente y liberando citas presenciales de las agendas.

Cada matrona revisó los resultados pendientes semanalmente en la Historia Clínica Electrónica, los registró en OMI, imprimió y firmó el modelo de carta de OMI personalizada con los datos de la paciente y finalmente los envió por correo ordinario junto a la cartilla rosa cumplimentada.

Los resultados patológicos del cribado, por el contrario, han sido informados a las pacientes de forma presencial e individualizada por parte de las matronas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS:

ALCAÑIZ 400 cribados (387 normales, 13 patológicos y 7 derivaciones a Ginecología)
HIJAR 60 cribados (57 normales, 3 patológicos y 3 derivaciones a Ginecología)
CALANDA 77 cribados (75 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
ANDORRA 194 cribados (186 normales, 8 patológicos y 6 derivaciones a Ginecología)
MUNIESA 10 cribados (10 normales, 0 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
CASPE 215 cribados (199 normales, 16 patológicos y 6 derivaciones a Ginecología)
MAELLA 22 cribados (20 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
CANTAVIEJA 23 cribados (22 normales, 1 patológico y 1 derivaciones a Ginecología)
MÁS DE LAS MATAS 156 cribados (154 normales, 2 patológicos y 0 derivaciones a Ginecología)
ALCORISA 83 cribados (80 normales, 3 patológicos y 3 derivaciones a Ginecología)

En todo el Sector se han realizado un total de 1.240 cribados de los cuales: 1.190 (95,96%) han sido resultados dentro de la normalidad, 46 (4,03%) han sido resultados patológicos, y se han realizado un total de 26 derivaciones al servicio de Ginecología del Hospital de Alcañiz.

El cómputo de los resultados ha sido recabado por cada matrona gracias al registro individual de los cribados. Según los datos recogidos se ha cumplido con el estándar de calidad marcado pues se ha informado de los resultados normales en un porcentaje mayor al 95%.

Otro estándar de calidad marcado fue la satisfacción de nuestra población diana. Para ello durante el mes de febrero (adelantado al calendario establecido) se ha realizado una encuesta telefónica al azar compuesta de dos ítems:

1. ¿Ha recibido correctamente el resultado de su cribado?
2. ¿Podría calificar el servicio de 0 a 10?

Cada matrona llamó a 10 pacientes de cada centro de salud, elegidas al azar.

El 100% de las pacientes encuestadas habían recibido correctamente su resultado y la valoración del servicio lo calificaron con una media de 9 sobre 10.

A través de dicha encuesta las pacientes han hecho mención a la mejora del servicio por la atención recibida por parte de las matronas y del fácil acceso a través de atención primaria, sobre todo en los centros rurales, donde la paciente resalta la comodidad de no tener que desplazarse hasta Alcañiz para realizar el cribado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los resultados, se ha cumplido el objetivo del proyecto que consistía en mejorar la eficiencia del programa de Cribado de Cáncer de cérvix a través de la implantación de una consulta de acto único. Por lo que seguirá siendo el modo de trabajar en los centros de salud del sector por parte de las matronas.

Otro dato destacable es la baja tasa de derivaciones al servicio de Ginecología, 2,09% de todo el cribaje realizado, lo que revierte en menor lista de espera en las agendas de este servicio especializado.

El equipo de matronas del sector se encuentra satisfecho con los resultados alcanzados, aunque no es el equipo al completo el que ha intervenido en el proyecto, lo que hace que pacientes de la zona de Valderrobres y Calaceite no cuenten con la comodidad de este servicio. Este sería el único problema a solucionar en un futuro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1059 ===== ***

Nº de registro: 1059

Título
COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
HURTADO LOPEZ CARMEN, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA, SERNA GARCIA CARMEN, CALAVIA CONTRERAS MERCEDES, REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cribado Cáncer de cervix
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Reducción de tiempos de consulta

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Recientemente el Cribado del cáncer de cérvix en Aragón ha pasado a formar parte de la cartera de servicios de Atención Primaria de la mano de las matronas. Estas profesionales serán las encargadas de tomar las muestras y comunicar los resultados a las pacientes. Seguirán el control de todos aquellos casos normales y derivarán lo patológico al servicio de Ginecología.
Dado la carga de trabajo que ello va a suponer para dichos profesionales, se hace necesario la creación de un método de comunicación de resultados más eficiente y unificado para todo el sector de Alcañiz.
Hasta el momento, cada matrona lo hacía como creía conveniente sin establecer consenso entre todos los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS
Nuestro objetivo es mejorar la eficiencia del programa de cribado de cáncer de cérvix mediante la implantación de una consulta de acto único. Nuestra población diana son las mujeres de entre 25 y 65 años residentes en Alcañiz. El proyecto será puesto en marcha en los centros de Atención Primaria del Sector de Alcañiz.

MÉTODO
Para hacer posible que todo se realice en una sola consulta y evitar duplicidad de citas, siendo más eficientes y efectivos, comunicaremos por correo ordinario los resultados que entren dentro de la normalidad.
La comunicación de los resultados considerados patológicos será realizada siempre a través de una nueva consulta con la matrona, donde esta informará a la paciente de los pasos a seguir y de la derivación al Servicio de Ginecología.
Imprimiremos el modelo de carta que aparece en la aplicación OMI personalizada con el nombre de la paciente y firmada por cada matrona, donde se informará de forma clara y comprensible del resultado de la citología y del próximo control. Esta carta será enviada a la paciente por correo ordinario junto con su cartilla rosa cumplimentada.
Cada matrona revisará semanalmente en la historia clínica electrónica los resultados pendientes, registrará los resultados en OMI, imprimirá la carta y la enviará a la paciente.
Con esto evitaremos la necesidad de volver a citar a la paciente, liberando citas de presencia física y quedando estas disponibles para otras usuarias.

INDICADORES
Nos servirá como indicador el porcentaje de resultados normales comunicados a las pacientes por éste método. Será contabilizado por el listado de resultados enviados por cada matrona.
El estándar de calidad sería que el 95% de los resultados normales de citologías sean comunicados a través de este método.
Otro estándar de calidad sería la satisfacción de nuestra población diana con el sistema. Será analizado a través de una encuesta de satisfacción aleatoria y telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1059

1. TÍTULO

COMUNICACION UNIFICADA DE RESULTADOS DE CITOLOGIAS PARA MATRONAS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

Las reuniones de consenso entre dirección de atención primaria y todas las matronas del sector se realizarán durante el mes de mayo de 2018.

Puesta en marcha del proyecto, de mano de las matronas del sector, durante el mes de junio de 2018.

Realización de encuestas telefónicas de satisfacción durante los meses de marzo y abril de 2019.

El proyecto será realizado por todas las matronas del sector de Alcañiz desde mayo del 2018 hasta mayo del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS ALCAÑIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

IBÁÑEZ NAVARRO ALBERTO
SALAS GARCIA IVAN JOSE
GROS MORELLON TOMAS ANGEL
BLANC EMPERADOR CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A inicios de 2018, tras detectarse un problema en los indicadores de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs, se realizó una sesión clínica informativa sobre la mejora en el registro diagnóstico de las agendas y de cómo optimizar las consultas "demanda no presencial". Así pues, se constaba que muchas veces las consultas telefónicas, actualización de medicación por errores administrativos, los partes y revisiones de baja, los volantes de interconsulta con medicina especializada e informes de alta y de urgencias; aparecían reflejados como consultas demorables, administrativas y no presenciales.

A inicios de 2019 se realizó un registro retrospectivo de los días en los que se ofreció una "demanda no presencial" de los 7 cupos de medicina de familia del Centro de Salud de Alcañiz y de los 3 cupos de pediatría de atención primaria de 2017 y 2018. Dicho registro duró aproximadamente unas 2 semanas. No precisó de recursos adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De una media de "demanda no presencial" mensual de 9,96% con una desviación típica de 3,59 de 2017 se logró en 2018 un 62,1% con una desviación típica de 15,43. Tomando solo los datos de pediatría, se pasó de un 57,01% con DT 16,37 (2017) a un 68,33% con DT 12,74 (2018). Además consecuentemente hubo un aumento del 2,3% mensual de la "consulta programada" y una reducción de un 34,7% mensual en las "demandas administrativas", no así en las consultas demorables o indemorables que subieron un 6,2% mensual. En todos los cupos estudiados se asignaron de 3 a 5 huecos de "demanda no presencial", al inicio, a mitad o al final de la jornada laboral, y de duración variable no superior al tiempo habitual de consulta ordinaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Incluir una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, en su caso, mencionar aquellos aspectos que han quedado pendientes. Aportar la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación.

Es importante tener una agenda laboral organizada para rentabilizar el tiempo por paciente y planificar al inicio de la consulta la jornada. El hecho de minimizar el tiempo de tareas administrativas supone un mayor acceso del paciente al sistema evitándole demoras innecesarias, una posibilidad de replantear la asignación de tareas, un mayor tiempo para la exploración y el diagnóstico del paciente agudo y una mejora en la relación médico-paciente. Se debe puntualizar que los resultados han podido resultar en parte maximizados debido a los cambios de profesionales en los distintos cupos estudiados que provienen en algunos casos de otros centros en los que ya se había aplicado estos cambios y en la independencia en la forma de trabajar y organizarse que tiene cada facultativo médico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1521 ===== ***

Nº de registro: 1521

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO JOSE, MOLINS GASCON AURORA, HERRERO BLASCO JOSE LUIS, BLANC EMPERADOR CARMEN, SANZ PEREZ ANA MARIA, VILLANOVA ALTABELLA ROSA, SANCHO VELILLA ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcañiz hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcañiz

MÉTODO
MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1521

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0019

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Fecha de entrada: 30/01/2019

2. RESPONSABLE SIXTO JOSE MARTINEZ ARRIAZU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ ESTERUELAS MARIA REYES
BLASCO ANENTO PILAR
PIRVULESCU MARIANA
IBAÑEZ NAVARRO ALBERTO
SALAS GARCIA JOSE IVAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se busca comparar los conocimientos adquiridos en una población a la que se les ha complementado las explicaciones orales con material escrito, con otra población a la que sólo se les ha dado explicaciones orales. Para ello se compararon 2 cupos de pediatría, el primero de forma rutinaria entregaba el material escrito y el segundo no. Se pasó un cuestionario de 10 preguntas de respuesta dicotómica sobre temas importantes en la salud del niño de 0-2 años a todos los padres de niños inmigrantes de hasta 2 años de edad que habían acudido a consultas de pediatría de atención primaria por cualquier cuestión en los dos cupos de estudio; incluyendo las citas con el personal de enfermería de cada uno. Se completó la educación sanitaria explicando las respuestas en caso de fallo.

La encuesta, de respuesta "lo sabe" o "no lo sabe", incluía las siguientes preguntas: "¿Cómo se debe transportar al bebe en el coche?", "¿Hay que cepillar los dientes a los bebes? ¿Sirve cualquier pasta de dientes?", "¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe empieza a vomitar?", "¿Qué es lo primero que tengo que hacer si mi bebe se desmaya y no responde?", "¿Tiene el número de intoxicaciones grabado en el móvil?", "¿Cual es la postura menos recomendada para dormir?", "¿Cada cuántos días se recomienda bañar al bebe?", "Como no vives cerca del mar, ¿Crees que es importante que tu bebe aprenda a nadar?", "¿Cuáles son los tres alimentos más importantes en la dieta de los niños?", "Con 1 año de edad, ¿Le puedo dar frutos secos (almendras, nueces, etc.)?". Calculando un tamaño muestral total de 132 niños, se estableció un plazo de catorce semanas para recoger el total de las encuestas. No se precisó de recursos adicionales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogieron un total de 112 cuestionarios de los 132 previstos (84,84%), 56 del grupo que se había entregado material escrito y 54 del grupo sin; obteniendo una diferencia significativa ($p=0,000$) con un 84,46% de aciertos del primero y un 50,37% del segundo. Hubo diferencias significativas entre los dos grupos en relación a las preguntas de higiene bucal, introducción de los frutos secos, manejo de los vómitos, intoxicaciones y síncope ($p=0,012$; 0,035; 0,000; 0,001; 0,000), obteniendo un porcentaje de fallos en estos cinco temas mayor al 50% en el segundo grupo. Destacar sin embargo, un 48,21% de fallos en el primer grupo en la pregunta de las intoxicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Consecuencia de la barrera idiomática y de la cantidad de información a transmitir en una consulta habitual, el complementar las explicaciones con material escrito permite a los padres adquirir un mayor conocimiento sobre la salud de sus hijos y sobre la forma de actuar en casos de urgencia médica.
- Un cuestionario periódico a los padres ayuda a comprender los conocimientos de éstos y a resolver dudas y / o problemas que puedan surgir al hablar sobre el tema; a pesar de que precisa invertir tiempo extra en ello.
- Una mayor comunicación mejora la relación entre los padres y el facultativo médico y enfermera.
- A partir del mismo, se podrán estudiar la relación entre la educación sanitaria y la frecuentación a consultas o al servicio de urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/19 ===== ***

Nº de registro: 0019

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Autores:
MARTINEZ ARRIAZU SIXTO, BLASCO ANENTO PILAR, PIRVULESCU MARIANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0019

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRASMISION DE INFORMACION Y APROVECHAMIENTO DE CONSULTA PEDIATRICA CON POBLACION INFANTIL INMIGRANTE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: trastorno de cuidados por desconocimiento
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Descubrimos el aumento de poblacion infantil inmigrante y sus carencia en la comprension y trasmision de la informacion en las consulta pediatricas y en sus revisiones infantiles.
Detectamos falta de conocimiento del idioma, que atrasa la consulta y el cumplimiento de las indicaciones dadas en la misma

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la trasmision de informacion y su eficacia en consulta de pediatria y revisiones.
utilizar medios escritos o telematicos para la mejoría y reducion de tiempo de consulta.
mejorar la comprension de las indicaciones.
Actuaremos sobre la poblacion infantil del cs de alcañiz

MÉTODO

Esta previsto elaboracion de hojas informativas para cada revision pediatrica que trasmitan los conocimientos basicos de esa consulta.
Entregaremos dibujos explicativos de los conceptos basicos asi como numeros de telefono o contactos telematicos de especial interes.
Realizaremos reuniones explicativas con profesionales de la zona para la difusion de estas informaciones
Informaremos a profesores de centros educativos para pedirles su colaboración

INDICADORES

Realizaremos utilizacion de proyecto y metodos en una consulta de pediatria totalmente, en otra no se realizara y en una tercera solo a un grupo inmigrante control.
valoraremos en 6 meses la habilidad en realizacion tecnicas sanitarias en niños, mejoría higiene infantil y cuidados en alimentacion adecuada respecto a consulta donde no fue realizado proyecto o solo parcialmente.

DURACIÓN

6 meses con inicio en junio y finalizacion en noviembre.
Los responsables sera el pediatra y dos enfermeras de la consulta cs alcañiz

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0274

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN SANCHEZ-CELAYA DEL POZO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

se realizaron 5 sesiones en horario de tarde, asistiendo una media de 12 personas al taller. La función de los profesionales sanitarios ha sido proporcionar un ambiente de comodidad, organizar un turno de palabra, asegurar que todos los asistentes participen con sus dudas e inquietudes evitar que hagan corrillos y reforzar y aclarar situaciones que se plantean. Cada día se enfoca la sesión en un tema diferente y se repasa lo aprendido el día anterior. La primera sesión trata sobre cómo actuar en caso de crisis de asma, manejo de inhaladores y reconocer los signos de alarma. Se proporciona a los asistentes material power point con cuadro resumen de actuación y se enseñan distintos dispositivos inhalados. La enfermera explica el control del asma en la consulta. La segunda sesión hablamos sobre enfermedades neurológicas, cómo actuar en caso de crisis convulsiva medicaciones disponibles y casos concretos de epilepsia juvenil. Practicamos posición lateral de seguridad y aplicación de diacepam rectal. La tercera es una breve clase de cura de heridas, traumatismos, vendajes y uso y reposición del botiquín en el centro escolar, con parte teórica con diapositivas power point y parte práctica con vídeos demostrativos y vendajes unos a otros
La cuarta sesión versa en torno a la reanimación cardiopulmonar básica, el ABC repasamos todos los pasos a seguir en el orden correcto con visionado de vídeo.
La última sesión es meramente práctica con un maniquí repasando nuevamente la reanimación todos los asistentes realizan las maniobras de boca a boca y masaje.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

el taller sirve como beneficio a la formación de personal que trabaja con niños y adolescentes que pueden presentar alguna complicación derivada de su enfermedad o sufrir un accidente que requiera asistencia inmediata, proporciona información actualizada, aprenden a distinguir la información útil de los mitos y prácticas equivocadas, proporciona confianza y seguridad para atender la urgencias que se presenta. Como elemento negativo somos críticos con el número de participantes pro sesión ya que teníamos que poner límite por el aforo de la sala. Para próximas ediciones propondremos un cambio de lugar con desplazamiento a algún local del pueblo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes mostraron su satisfacción con las sesiones y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como esta. Los ponentes consideran que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones así como los materiales empleados no ha sido excesivo y dado que ya se tiene el boceto preparado lo seguiremos utilizando en los próximos talleres. Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor que será repetido en próximos años

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/274 ===== ***

Nº de registro: 0274

Título
PROYECTO TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

Autores:
SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CALVO ORRIOS FERNANDO, BONDIA HERRERO MARIA ISABEL, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GARCIA GRACIA RAQUEL, GIL VALERO CARLOS PASCUAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias y Emergencias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0274

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES DE UN INSTITUTO DE EDUCACION SECUNDARIA PUBLICO EN LA PROVINCIA DE TERUEL

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

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

PROBLEMA

Con la resolución de 16 de marzo de 2015 de la Dirección General de Ordenación Académica, la Dirección Gerencia del Servicio Aragonés de Salud y la Dirección General de Salud Pública por la que se dictan instrucciones relativas a la organización y el funcionamiento de la atención sanitaria en los centros docentes de la Comunidad Autónoma de Aragón, surge la problemática de que se "organizará un equipo capacitado para realizar en el centro la atención inmediata en caso de urgencia". Desde la jefatura de estudios del Instituto de Educación Secundaria de la localidad, se nos pide ayuda a los facultativos del centro de salud para formación de los docentes y adquisición de capacidades

RESULTADOS ESPERADOS

Formación de un equipo docente que sea capaz de atender de forma eficiente las situaciones de urgencia que puedan presentarse en el día a día de un centro educativo, siguiendo el reglamento vigente en Aragón.

MÉTODO

Se realizarán talleres en horario de tarde con la temática prevista en dicho reglamento: situaciones de emergencia previsible.

La docencia constará de parte teórica con diapositivas y parte práctica con maniqués, casos clínicos... Se hará una reunión en el centro de salud para informar a la plantilla, escoger profesionales que darán cada una de las partes y se establecerá feed back con el responsable del centro educativo para fijar fechas y lugar de los talleres; así como publicitar la actividad entre los docentes

INDICADORES

- cuestionario satisfacción al finalizar los talleres
- cuestionario conocimientos adquiridos

DURACIÓN

Duración 6 sesiones (una sesión / semanal) de aprox 4 horas de duración cada una; durante el mes de marzo / abril de 2017.

- 1.- Emergencia por ataque asmático
- 2.- Emergencia por anafilaxia o reacción alérgica grave
- 3.- Emergencia en el niño diabético, hipoglucemia
- 4.- Emergencia por convulsiones / epilepsia. Síncope, mareo, cefalea
- 5.- Heridas, contusiones, traumatismos
- 6.- Reanimación cardiopulmonar básica, atragantamiento.

OBSERVACIONES

necesidad Maniquí de reanimación básica disponible en el centro de salud
Fichas, material por escrito para repartir a los asistentes
proyector y ordenador para las diapositivas
material médico del centro (inhaladores, medicaciones...)

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
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0372

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE EVA TRILLO CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALVO ORRIOS FERNANDO
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE REALIZAN 2 SESIONES DE 5 HORAS CADA UNA. LA PRIMEA SESION CONSTA DE CONTENIDO TEORICO ACERCA DE LA REANIMACIÓN CARDIPULMONAR BÁSICA, SECUENCIA PAS Y ABC PASOS A SEGUIR Y POSICION LATERAL DE SEGURIDAD EN FORMATO POWER POINT. DESNÜES ORGANIZAMOS UN TURNO DE PALABRA ORDENADO ASEGURANDO QUE TODOS LOS ASISTENTES PARTICIPEN CON SUS DUDAS E INQUIETUDES. LA SEGUNDA SESION TRATA SOBRE CURA DE HERIDAS TRAUMATISMOS, QUEMADURAS Y LA PRÁCTICA DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN DADAS EL `DIA ANTERIOR PARA REFORZAR Y ACLARAR SITUACIONES QUE SE PLANTEAN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
AL TERMINAR LAS SESIONES SE REPARTE UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION A LOS ASISTENTES CON UNA EVALUACION FINAL MUY SATISFATORIA PARA LOS PROFESIONALES ENCARGADOS. LA MEDIA DE RESULTADOS OBTENIDOS FUERON (ESCALA DE PUNTUACIÓN 1 PUNTUACIÓN MÍNIMA, 5 PUNTUACIÓN MÁXIMA)
-LA DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA HA SIDO 4.57
-LA ACTIVIDAD FORMATIVA HA CUBIERTO MIS EXPECTATIVAS 4
-LA ACTIVIDAD ME VA A SER MUY UTIL EN MI VIDA DIARIA 4
-EL MATERIAL UTILIZADO EN EL CURSO HA SIDO EL ADECUADO 4.14
-VALORACION DEL DOCENTE 5

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS PARTICIPANTES MOSTRARON PERSONALMENTE SU SATISFACCION CON LAS SESIONES Y EXPRESARON SU DESEO DE QUE SE ORGANIZASEN MÁS ACTIVIDADES COMO LAREALIZADA MOSTRANDO SU INTERES EN PARTICIPAR EN FUTUROS TALLERES Y DANDO POSIBLES TEMAS PARA ELLOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/372 ===== ***

Nº de registro: 0372

Título
PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
TRILLO CALVO EVA, SANCHEZ CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CALVO ORRIOS FERNANDO, LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS PASCUAL, GOMEZ TENA MARIA GORETTI, MARTIN MARTIN JORGE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: poblacion sana, prevención.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Desde la empresa encargada de Prevención de riesgos laborales de la las cuadrillas de forestales rurales de nuestra zona básica de salud (ZBS) detectan que existe un déficit de formación en primeros auxilios en sus

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0372

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION EN PRIMEROS AUXILIOS PARA CUADRILLAS FORESTALES EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

trabajadores y se propone a un miembro del EAP mejorar ese déficit.

En el EAP de Alcorisa no existe la cultura de realizar actividades de comunitarias y aprovechamos esta oportunidad para mejorar en este aspecto.

RESULTADOS ESPERADOS

- Activación del EAP en relación con la Mejora de Calidad
- Mejorar el conocimiento de primeros auxilios en el colectivo profesional de forestales de nuestra ZBS.

MÉTODO

Se proponen una o varias sesiones formativas en primeros auxilios destinadas a los forestales de nuestra zona básica de salud.

Las sesiones constarán de una parte teórica y otra eminentemente práctica. Se impartirán por miembros del equipo de salud de Alcorisa.

INDICADORES

Se realizará un encuesta de valoración una vez realizada las sesiones de formación para ver el grado de satisfacción y aprendizaje por parte de los asistentes.

DURACIÓN

Está previsto comenzar en el mes de octubre y realizar dos sesiones de 5h de duración.

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 - 2016/1369

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE JORGE MARTIN MARTIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Muy discreto aumento de los indicadores

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente aumentar la implicación del personal de enfermería en la consecución de los objetivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1369 ===== ***

Nº de registro: 1369

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
MARTIN MARTIN JORGE, MALLEN CLARAMONTE MARGARITA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención al paciente crónico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado bajo comparado con el sector, sobre todo en relación con los planes personales, los planes de cuidados de enfermería y una bajada progresiva en el indicador de riesgo cardiovascular. Solo un cupo ha llegado a obtener el 50% de los puntos del contrato de gestión

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el CS Alcorisa.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1369

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados
Necesidad de implicar a enfermería en la solicitud de analíticas y pruebas complementarias en los pacientes crónicos
Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo:
Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz

Mayo:
Presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio:
Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

Enero 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 - 2016/1370

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se repasa que los formatos a rellenar sean los correctos, se realizan reuniones de equipo periódicas para implicar a todos los profesionales del centro y se reparten tareas.

El personal de enfermería se encargará de reponer la sala de urgencias, esterilización de material y manejo del espirómetro.

El coordinador de enfermería repasará carro de paradas y maletines de forma mensual, con control de caducidades.

El coordinador médico se encarga del almacén, con albarán de pedidos, cumplimentación del formato de rotura de stock según protocolo. El resto de personal se compromete a anotar incidencias en el listado habilitado para ello.

El responsable de calidad velará por que se cumplan todos estos ítems, ha cumplimentado las actas y sigue el programa de formación del centro aprobado en reunión al comienzo del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Analizado el conjunto, se aprecia que el equipo tiene fortalezas como son un buen programa de sesiones formativas y actividades comunitarias; un almacén de farmacia con una estructura y organización reglada siguiendo las normas del manual de acogida del centro.

Gracias a la implementación de las reuniones mensuales se mejora considerablemente en la organización interna de la sala de urgencias, materiales y medicamentos, rellenando el formato correspondiente según las pautas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Somos críticos con la escasa consecución de objetivos en algunos indicadores de calidad, no llegando al mínimo en varios de ellos, fundamentalmente los correspondientes a enfermería.

7. OBSERVACIONES.

Continuaremos con las reuniones fomentando el trabajo en equipo y explicando la necesidad de trabajar de acuerdo a unos estándares mínimos de calidad por el beneficio del paciente.

El equipo considera las reuniones necesarias y se observa en general una mejoría en la forma de trabajar, pero todavía queda trabajo por delante.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1370 ===== ***

Nº de registro: 1370

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001: 2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETTI, SANCHEZ CELAYA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ORGANIZACION INTERNA EQUIPO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Alcorisa está certificado desde el año 2014 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1370

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001

sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantenimiento de la certificación ISO

MÉTODO

Gestión de indicadores médicos: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:

Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen

Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

Mayo: revisión por la dirección

Junio-Septiembre: auditoría interna

Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1371

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS PASCUAL GIL VALERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALVO PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos calcular el porcentaje exacto de visitas no presenciales respecto a presenciales, no obstante se están cumpliendo, con satisfacción tanto por parte de los profesionales como de los usuarios del centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un aspecto a tener en cuenta, es la posibilidad de que pacientes crónicos no sean atendidos regularmente por el médico, por eso se propone que cada 3 meses exista una revisión por parte de enfermería, y si detecta alguna anomalía lo citará con el médico responsable. Se trata de no perder seguridad y si ganar satisfacción por parte del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1371 ===== ***

Nº de registro: 1371

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
TRILLO CALVO EVA, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Alcorisa hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1371

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DE LAS VISISTAS

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Alcorisa.

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0804

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL BONDIA HERRERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN MARTIN JORGE
LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se crea una agenda en el programa OMI AP en apartado salas con el nombre Espirometría un día a la semana durante una mañana
Se realiza reunión de equipo para explicar el proyecto, la coordinacion médico - enfermera y cómo se captan y derivan los pacientes para hacer la consulta de tabaquismo
Los pacientes se anotan en la agenda se realiza la espirometría y se le da consejo antitabaquico. Se anota en agenda del médico para que al día siguiente valore resultado de la prueba y continúe con los consejos
Se realiza anotación manuscrita de los pacientes a los que se le realiza la espirometría con la fecha para posteriores consultas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
observamos muy poca cobertura de fumadores captados para el proyecto sólo 30 personas de las 190 que hay en el listado de fumadores
Indicadores a fecha de octubre de 2018 solo 4 meses tras la puesta en marcha del proyecto observamos gran mejoría en detección de tabaquismo 75 % pero en intervención tabaco sólo 30 %. En cuanto a revisión de síntomas EPOC vemos que todos los pacientes están bien revisados, más del 80 %. Queda pendiente evaluar el número de pacientes que consiguen dejar de fumar

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hemos mejorado en la detección temprana de los pacientes fumadores así como en la revisión de los pacientes EPOC ya conocidos actualizando el tratamiento. Todavía hay que mejorar mucho en captación de pacientes fumadores para realizar espirometría y consejo antitabaco ya que solo hemos dado 30 % cobertura. Sacamos listados de pacientes y entregamos a su médico y enfermera para intentar en consulta demanda captar a dichos pacientes

7. OBSERVACIONES.
el aparato de espirometría ha estado 1 mes estropeado por lo que no hemos podido realizar la consulta en ese tiempo
Todavía llevamos muy poco tiempo con el proyecto por lo que los resultados mejorarán dentro de unos meses

*** ===== Resumen del proyecto 2018/804 ===== ***

Nº de registro: 0804

Título
PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
BONDIA HERRERO MARIA ISABEL, MARTIN MARTIN JORGE, LOPEZ HERNANDEZ EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0804

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE CONSULTA MONOGRAFICA SOBRE TABAQUISMO EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ANALIZANDO LOS INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA, SE OBSERVÓ UN MAL CONTROL DE LOS PACIENTES FUMADORES, NO TENÍAN REALIZADA ESPIROMETRÍA POR LO QUE NO SE PODÍA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO PRECOZ DE EPOC, Y POR CONSEGUENTE NO SE BENEFICIABAN DE UN TRATAMIENTO COMPLETO. ES SABIDO QUE ESTA ENFERMEDAD CONLLEVA UNA GRAN CARGA DE MORBIMORTALIDAD Y PUEDE SUPONER UNA LIMITACION IMPORTANTE EN SU ACTIVIDAD DIARIA, FRECUENTES VISITAS MÉDICAS ASI COMO HOSPITALIZACIONES, POR TODO ELLO LA GRAN IMPORTANCIA DE LA DETECCION PRECOZ DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

- DIAGNOSTICAR PRECOZMENTE PACIENTES FUMADORES CON EPOC
- CONTROL DE SINTOMAS Y FUNCION PULMONAR DE DICHS PACIENTES PERIODICAMENTE
- CORRECTA UTILIZACION DE TRATAMIENTOS INHALADOS

MÉTODO

- CAPTACION DE POBLACION DIANA: PACIENTES FUMADORES QUE DEPENDAN DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA
- CREACION DE AGENDA TABAQUISMO EN PROGRAMA INFORMATICO OMI AP
- CITACION DE PACIENTES EN DICHA AGENDA PARA REVISIÓN DE SU HISTORIA, ANAMNESIS DIRIGIDA A SINTOMAS EPOC Y REALIZACION DE ESPIROMETRIA
- ENTREVISTA MOTIVACIONAL, OFRECER CONSEJOS Y AYUDA PARA DEJAR TABACO EN SESION INDIVIDUAL
- PACIENTES FUMADORES YA ETIQUETADOS DE EPOC REVISAR SU MEDICACION Y CORRECTO MANEJO INHALADORES

INDICADORES

- NUMERO FUMADORES CON ESPIROMETRIA/TOTAL FUMADORES
- NUMERO FUMADORES QUE CONSIGUEN DEJAR TABACO/TOTAL FUMADORES CONSULTA MONOGRAFICA
- PORCENTAJE DE PACIENTES QUE REDUCEN EL NUMERO DE REAGUDIZACIONES RESPECTO AL AÑO ANTERIOR

DURACIÓN

- REALIZACION DE LISTADO PACIENTES RESPONSABLE DEL PROYECTO :INICIO Y FIN MARZO 2018
- CREACION AGENDA EN PROGRAMA INFORMATICO ADMINISTRATIVO DEL CENTRO: MARZO 2018
- CITACION DE PACIENTES : RESPONSABLE DEL PROYECTO MAYO / JUNIO 2018
- CONSULTA INDIVIDUAL ESPIROMETRIA, ENTREVISTA MOTIVACIONAL, MANEJO DE TRATAMIENTO RESPONSABLE DEL PROYECTO : JULIO 2018 A MAYO 2019
- VALORACION DE INDICADORES EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA: MAYO 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA GORETI GOMEZ TENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

con periodicidad mensual hemos creado un artículo de extensión máxima un folio sobre hábitos saludables con los alumnos del CRIET de Alcorisa para trabajar dichos temas en el aula. Posteriormente maquetación en el ordenador de dichas instalaciones.

Octubre 2018: importancia del lavado de manos, técnica de un buen lavado, tipos de desinfectantes

Noviembre 2018: cepillado de dientes, cómo se realiza, cuándo y para qué. Diferencia entre pastas dentales, uso de colutorios

febrero 2019: alimentación saludable: qué comemos, cantidades de azúcar en los alimentos, grasas trans, anuncios publicitarios en tv

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sólo llevamos 3 temas trabajados, ya que es un proyecto de duración un curso escolar. En estos meses hemos visto la implicación de los niños ya que deben hacer un resumen del tema para escribir el artículo. Despues repasarlo y mecanografiarlo en el ordenador y por último maquetarlo con el resto de artículos del periódico. El hecho de que vaya un médico a explicar el tema le otorga una importancia que suma interés a los niños. Después los docentes siguen el resto de la semana hablando del tema concreto para afianzar

De momento todas las encuestas de satisfacción han sido de 10 puntos sobre 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La principal conclusión es cómo el hecho de que un profesional sanitario explique un tema añade importancia al mismo y los niños prestan más atención. Los profesores con su labor de apoyo refuerzan el concepto aprendido y luego los alumnos en sus domicilios lo pueden extrapolar

Se nos ocurre para próximas ediciones dejar que los alumnos elijan los temas a tratar

Ha habido cambios entre los profesores que han dificultado un poco la ejecución del proyecto y ha obligado a realizar reunión extra para volver a explicar el calendario previsto.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto se encuentra a mitad de desarrollo por lo que las conclusiones son parciales

*** ===== Resumen del proyecto 2018/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETI, SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Niños

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Estratégicos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el síndrome metabólico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

MÉTODO

Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán. Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

INDICADORES

- encuesta de satisfaccion a los participantes (niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

DURACIÓN

- inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA GORETI GOMEZ TENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN
ADRIAN MONFORTE ESTRELLA
GIL VALERO CARLOS PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Continuamos escribiendo artículos en el periódico local del CRIET hasta el mes de junio de 2019. Marzo pantallas saludables. Abril deporte y sedentarismo. Mayo riesgos de internet y redes sociales. Junio primeros auxilios

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El método no ha funcionado, ya que aunque las reuniones con los niños eran muy enriquecedoras, luego el paso de resumen y maquetación ha sido muy farragoso y casi siempre se encargaba el mismo profesor mandándome el borrador por email. Quizá una periodicidad trimestral hubiera sido más adecuada. Además los cuestionarios de conocimientos se extraviaron y no hemos obtenido ese indicador
Aún así todas las encuestas de satisfacción han sido 10 sobre 10 y el resultado final satisfactorio para los compañeros del centro de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al finalizar el curso escolar la plantilla de profesores ha cambiado, junto con el equipo directivo y la forma de trabajo de los proyectos en el aula por lo que nuestro proyecto ha finalizado .queda pendiente volver a retomar las negociaciones para plantear nuevas intervenciones de cara al próximo curso.
Dentro de este proyecto ha habido muchas variaciones en cuanto a los grupos de chavales (número, nacionalidad, nivel curricular y de conocimientos...)lo que nos ha supuesto una reconversión de la forma de trabajar constante
No hemos tenido un feed back adecuado puesto que los chavales una vez terminada su estancia en Alcorisa se iban a sus pueblos y no sabemos si seguían trabajando el tema. Deberíamos plantear una continuidad con los profesores

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/860 ===== ***

Nº de registro: 0860

Título
FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVES DE UN PERIODICO LOCAL

Autores:
GOMEZ TENA MARIA GORETI, SANCHEZ CELAYA DEL POZO CARMEN, ADRIAN MONFORTE ESTRELLA, GIL VALERO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dada la importancia de crecer en un entorno de vida saludable, y teniendo en cuenta cómo el estilo de vida es capaz de variar el curso de la enfermedad cada vez se trabaja más en el campo de la prevención primaria. Es fundamental que los niños aprendan cuanto antes nociones sobre alimentación, ejercicio físico, lavado de manos, cepillado dental...para tener unos buenos hábitos que les acompañen durante toda su vida. Durante el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0860

1. TÍTULO

FOMENTO DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN LA INFANCIA A TRAVÉS DE UN PERIÓDICO LOCAL

curso escolar, los niños de distintas partes de la provincia acuden al CRIET durante 5 días donde conviven con otros niños, lo que nos parece un buen momento para trabajar estos items.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es conseguir unos hábitos higienico/dieteticos adecuados y mantenerlos en el tiempo, en concreto lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física y pantallas, protección solar para evitar enfermedades posteriores con gran repercusion como puede ser la obesidad, el síndrome metabólico, enfermedad dental, melanoma... La población diana en este caso serán estudiantes de 6º de primaria que acuden al CRIET de Alcorisa durante el curso escolar 2018-2019. Se pretende trabajar en grupo estos temas en el aula a través de la prensa escrita para ayudar a su implantacion cuando vayan a sus domicilios y se convierta en rutinas diarias.

MÉTODO

Participación de los médicos y enfermeros del equipo de atención primaria de Alcorisa en la elaboración mensual de una página de salud en el periódico del CRIET. Cada mes será un miembro el encargado de elaborar y redactar la página junto con los niños, y despues la maquetarán y publicarán. Se nombra un encargado del equipo docente del CRIET que será quien se ponga en contacto cada mes con la persona del centro que corresponda según un calendario previamente establecido y le comunique el tema a trabajar. Durante ese mes deberá redactar un artículo junto con los niños que intervengan, quienes pueden venir al centro de salud a preguntar e indagar sobre el tema. La última semana del mes se entregará la página terminada en formato Word al responsable del CRIET para continuar con la maquetación.

INDICADORES

- encuesta de satisfaccion a los participantes (niños, sanitarios, equipo docente)
- cuestionario tipo test de conocimientos a los niños al finalizar la tarea

DURACIÓN

- inicio octubre 2018, perioricidad mensual según calendario escolar del CRIET hasta mayo 2019.
- un total de 6 unidades didacticas: lavado de manos, cepillado de dientes, alimentacion saludable, actividad física, pantallas, protección solar a desarrollar los meses de octubre, noviembre de 2018, febrero, marzo, abril y mayo 2019
- Responsable del CRIET Alcorisa y responsable del proyecto en el Centro de salud. Comunicación entre ambos y con el resto de plantilla a traves de email o en persona. Reunión mensual para acordar el próximo tema y recoger el material elaborado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0141

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE GORETI GOMEZ TENA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONDIA HERRERO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Agenda consensuada con jefatura de estudios del colegio con fechas para los cursos de 5 y y de primaria, 2 horas por clase en total 5 clases
Obtención de material de RCP del grado socosanitario del IES Damián Forment de Alcorisa y preparación de presentación powerpoint y videos explicativos
Organización de las consultas en el centro de salud para poder realizar la actividad
Realización de los talleres con una parte teórica de aproximadamente 20 minutos y después practica por grupos de hora. Al finalizar se pasa el test de conocimientos y se repasa lo fundamental

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Alto grado de participación en los talleres 95% de los alumnos matriculados (número de asistentes/total de alumnos matriculados en el curso) pero encuestas de conocimientos solo obtenemos 80% (Número de encuestas rellenas/ número de encuestas repartidas) (falta de tiempo al sonar el timbre de recreo) con 10preguntas tipo test puntuando un punto cada una. la nota media en el cuestionario previo se situó en 6,02 puntos (suma de notas / total de encuestas rellenas) creemos porque se les olvida la información de un curso a otro y en el final de 9,64 por lo que consideramos buena transmisión de la información por nuestra parte
Cuestionario de satisfacción global al finalizar la actividad 100% (10 sobre 10 en todos los ítems)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Muy buena aceptación del taller, les gustó mucho tanto a alumnos como a profesorado
Necesidad de más personal implicado desde el centro de salud puesto que sólo 2 personas con todos los chavales era difícil. Para próximas ediciones plantearemos mas docentes para hacer grupos más pequeños
Conocimientos básicos que quedaron claros pero se olvidan, debemos hacer el taller todos los años para reforzar
Tiempo muy justo en aula de más alumnos por lo que planteamos grupos más pequeños o alargar una hora más para próximas ocasiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/141 ===== ***

Nº de registro: 0141

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

Autores:
GOMEZ TENA GORETI, BONDIA HERRERO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde pediatría del centro de salud de Alcorisa se ha considerado conveninete proponer al colegio de Alcorisa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0141

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO JUSTICIA DE ARAGON DE ALCORISA

la formación de la población infantil y adulta que está en relación, en la adquisición de conocimientos y habilidades básicas para actuar en su caso ante una situación de emergencia. Se aprovecha la asignatura de Science en segundo ciclo de primaria en concreto el módulo de salud para incluir esta actividad y se propone a la dirección del centro que se a incluido este taller como actividad en el resto de cursos de primaria

RESULTADOS ESPERADOS

Primero: como objetivo general se plantea la realización de actividades para fomentar la educación y formación básica en tmeas fundamentales sobre la salud
Segundo: como objetivos específicos se p ropone dar a conocer a la población infantil adolescente y adulta relacionada con la misma como docentes o monitores las habilidades y reconocimiento de una situación de emergencia
Tercero: Asimismo, se propone la adquisición de habilidades para actuar frente a una emergencia y reconocer de manera correcta una situación de emrgencia vital, (posición de seguridad, maniobras de reanimación cardiopulmonar básica y atragantamiento) así como saber dirigirse al servicio de emergencias a través del teléfono 112

MÉTODO

Reunión inicial: desde el centro de salud se propondrá a la dirección del centro escolar de la localidad (director del centro, jefa de estudios y claustro) la creación del poryecto y en su caso, su desarrollo durante el segundo y tercer trimestre del curso 2018-2019
Concreción del proyecto: se presentarán las líneas didácticas de la enseñanza de la RCP en los distintos niveles educativos adaptando lso contenidos a su estado de desarrollo evolutivo, físico y mental, y se involucrará a los docentes del centro en este proyecto, tanto de forma activa como pasiva
Posteriores reuniones: se propondrán encuentros posteriores con todos los alumnos y docentes del centro para captar inquietudes y sugerencias y serán ellos los encargados de hacer resúmenes de todo lo explicado en los talleres a base de redacciones o dibujos según la edad
Contacto con docentes dle grado formativo sociosanitario del IES Damián Forment de Alcorisa: se llevaán a cabo contactos para el préstamo del material necesario para la realización práctica de los talleres de RCP (maniqués)

INDICADORES

Encuestas iniciales con preguntas tipo test para determinar el gado de conocimiento previo a la actividad que tienen los alumnos del centro escolar sobre primeros auxilios y maniobras de RCP (0 a 10 puntos) haciendo nota media de cada clase : suma puntuaciones test/ total test rellenados
Encuesta posterior para determinar el grado de adquisiion de conocimientos una vez realizados los talleres y compara la cifra con la encuesta inicial: número entero n final <>número n inicial
Valoración del profesorado. se propondrá al claustro de profesores y a la dirección del centro la incorporación de estos talleres en el plan curricular de los siguientes cursos
encuesta de satisfacción final y utilidad (o nada/10 perfecto)

DURACIÓN

Duración: se basa en el grado de atención que se pueda obtener de los alumnos, determinando en este primer curso una sesión de 2 horas de duración para cada curso de educación primaria para ofrecer talleres prácticos de formación en primeros auxilios y otra sesión dirigida al profesorado de unas 2 horas de duración para que así puedan implicarse en la impartición de próximos talleres
Calendario: segundo y tercer trimestre del curso 2018-2019, a desarrollar en lso meses de Febrero a Mayo a razón de 2 cursos por mes (Febrero 1º-2º primaria, Marzo 3-4º primaria, Abril 5º-6º primaria)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN JOSE BERLANGA RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PITARCH CAÑADA PEDRO
BORRAZ MIR MARIA PILAR
VILLALBA MIR ANA PILAR
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 8 de marzo de 2019 se realizó en el centro de salud de Mas de las matas una sesión clínica para dar a conocer a los miembros del equipo el proyecto de implantación y desarrollo de la consulta de cirugía menor, en la que se trataron los siguientes temas:

- 1.- Calendarios, propuesta de posibles días para realizar las intervenciones.
- 2.- Agenda, manejo, criterios de derivación, revisiones...
- 3.- Equipo de material mínimo para realizar cirugía menor.
- 4.- Esquema de trabajo.
- 5.- Cuidados postoperatorios.

1.- En referente al primer punto "calendarios", la propuesta inicial fue la de realizar cirugía menor dos veces al mes, organizativamente hablando y adaptándonos a la distribución de horarios de los miembros del equipo y a las especiales circunstancias que concurren, se propuso como mejores días para realizar cirugía menor:

- Castellote el lunes, como segundo opción los jueves que no se va a Ladruñan.
- Aguaviva los martes.
- Mas de las Matas, cualquier día menos los miércoles que hay analíticas.
- MAC un día que sustituyan al Médico del Mas.

Cada mes y contando con la necesidad de un enfermero de apoyo, se puede operar un lunes, ya que la enfermera de Castellote podría cubrir al enfermero del Mas y otro día (martes o jueves), en el que contamos con la enfermera de apoyo.

Cuando uno de los MAC quiera operar, no es necesario tener enfermer@ de apoyo y o bien anulamos el día siguiente de cirugía o ese mes se pueden hacer tres días de cirugía menor.

Por razones de sobrecarga de trabajo, los meses de Julio-Agosto no habría consulta de cirugía menor, situación a valorar por el equipo.

Al final se operó dos veces por mes, siendo la mayoría de las veces el lunes el día elegido y también se realizó cirugía el mes de Julio, aunque la actividad terminó antes de lo previsto por los traslados de los médicos del centro de salud, dejando de operar a partir de octubre de 2019 cuando la previsión inicial era operar hasta diciembre de 2019.

2.- En el segundo punto del día "agenda", se informó de la creación de una agenda específica en el apartado "SALAS", en horario de 12 a 15 horas, habilitando 5 posibles citas de 30 minutos cada una. Al final con la experiencia de los días de intervención se demostró que los 30 minutos se quedaban un poco cortos para realizar las intervenciones siendo necesarios unos 45 minutos por paciente.

En este mismo punto en referencia al circuito de derivación de los pacientes a la consulta de cirugía menor se propuso:

- La creación de una lista quirúrgica única ordenada por sospecha de gravedad y orden de llegada que será gestionada por el enfermero del Mas de las Matas (Pedro).
- Cualquier miembro del equipo del centro de salud que detecte un caso susceptible de beneficiarse de cirugía menor, lo pondrá en conocimiento del gestor de casos (enfermero del Mas) aportando Nombre y dos apellidos junto con el diagnóstico de sospecha y gravedad.
- El gestor de casos pondrá en conocimiento del profesional encargado de la cirugía menor entre 5-8 pacientes para que éste se los cite y les realice una visita preoperatoria si no conoce el caso, en la que decida si lo opera o no lo opera:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

- Si se decide operarlos, se puede rellenar en ese momento el protocolo de cirugía menor del paciente (la verdad es que este punto no se cumplió y el protocolo de cirugía menor junto con el consentimiento informado se rellenaron la mayoría de veces el día de la intervención).
- Si se decide que no se opera, se debe decidir si se deriva a otro miembro del equipo de cirugía menor o si se deriva al especialista correspondiente (dermatología/cirugía).

También se explicaron las contraindicaciones generales de la cirugía menor, que lesiones cutáneas más frecuentemente se operan y la técnica quirúrgica de elección. Sobre este apartado se decidió no operar uñas por varios motivos, uno de ellos la inexperiencia/preferencia de los profesionales que en su mayoría declinaron hacer este tipo de intervención y la falta de material adecuado para conseguir unos resultados óptimos.

3.- En referencia al tercer punto "equipo mínimo para realizar cirugía menor" se presentó un desglose con el material considerado necesario para hacer cirugía menor y además se hizo la propuesta de poner en una misma caja el electrobisturí junto con el material estéril mínimo imprescindible, para que fuera más rápida su revisión al estar todo junto en un mismo punto.

Considerando como equipo mínimo: 5 portas, 5 pinzas, 5 mosquitos, terminales bisturí eléctrico, 5 ampollas mepivacaína.

4.- Esquema de trabajo, para este punto se creó un protocolo de rutina de trabajo en la consulta de cirugía menor, diseñando el esquema hoy opero yo, que se imprimió para colgarlo en la sala de urgencias como recordatorio, aunque al final se pegó en la caja en la que se guardaba el electrobisturí y el material mínimo imprescindible.

El esquema es el siguiente: "HOY OPERO YO"

08:00h VERIFICO que dispongo del material necesario para hacer cirugía menor:

- Instrumental estéril mínimo imprescindible.
- Material fungible: ¿Quedan 5 o más elementos de... suturas, punch-biosia, bisturíes, botes formol, ampollas anestésico?, si poco material apuntar en hoja para hacer pedido.
- Imprimir consentimientos informados.

12:00h EMPEZAMOS!! Tareas a realizar con cada paciente:

- 1°.- Si no está anotado, anotar en el episodio correspondiente:
- N.º lesiones valoradas (LV)
- N.º lesiones que vamos a operar (LO)
- N.º lesiones que vamos a biopsiar (LB) o lo que es lo mismo cuantas de las lesiones que vamos a operar vamos a mandar a anatomía patológica (mínimo toda lesión pigmentada debería mandarse).

Ej: CIRUGIA MENOR LV: 8, LO: 3, LB: 0

- 2°.- Si no está hecho, rellenar protocolo cirugía menor.
- 3°.- QUE EL PACIENTE FIRME EL CONSENTIMIENTO.

- 4°.- Dar hoja consejos postoperatorios.
- 5°.- Si se manda muestra a analizar => ETIQUETAMOS la muestra y rellenamos el volante de AP antes de empezar con el siguiente paciente.

14:30h TERMINANDO!! Médic@ + Enfermer@ son el equipo perfecto para recoger y limpiar:

- 1°.- Sumergir el material en solución para esterilizar, que son 2 minutos de reloj.
- 2°.- Mientras uno frota, el otro seca.
- 3°.- Y entre los dos embolsan.

5.- Para los cuidados postoperatorios y aunque el OMI tiene una hoja explicativa para el paciente con instrucciones tras la intervención, con la intención de aclarar las dudas del paciente en un documento más resumido y más fácil de leer para los usuarios, se creó una hoja de cuidados postoperatorios que fue la que se entregó a los pacientes, que es la que sigue:

CUIDADOS POSTOPERATORIOS
(Instrucciones al paciente tras la intervención)

- 1.- Acudirá a revisión por su enfermera el
- 2.- Si tiene dolor y no es alérgico puede tomarse:
 - PARACETAMOL 1g/8h

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

- METAMIZOL 575mg/8h

3.- Cuidados del vendaje/apósito:

- Mantenerlo limpio y seco. Si se ha mojado o ensuciado cambiarlo.
- Cambiar el apósito cada dos días hasta la retirada de puntos, a menos que se le indique otra cosa.

4.- Baños:

- Evitar mojar la herida durante las primeras 24 horas.
- A partir del segundo día podrá ducharse con agua y jabón y secar la zona sin traccionar de la herida, puede usar secador de pelo para hacerlo.

5.- Si aparece fiebre, picor/dolor intenso, calor local y/o supuración, acuda a su médico/enfermer@.

6.- Para evitar la pigmentación de la cicatriz, evitar la exposición solar durante los próximos 6 meses. Utilice cremas solares protectoras (factor 50+).

A los pacientes se les fue comunicando la existencia de la consulta de cirugía menor según se detectaba patología susceptible de ser intervenida y el boca a boca de los vecinos de los pueblos fue extendiendo la existencia de dicha consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos se han obtenido de la revisión de las historias clínicas informatizadas (OMI) de cada paciente, para valorar el último indicador, el de si la cicatriz es inestética, se decidió que se preguntaría a los pacientes sobre su opinión de como les había quedado la cicatriz, al ser subjetivo como valora cada persona y cada profesional lo que es estético o inestético.

Los indicadores que se propusieron en el proyecto fueron:

1.- N° total de lesiones valoradas/N° total de pacientes atendidos

En total se atendió a 48 pacientes y se valoraron en total 128 lesiones, lo que nos deja una media de 2,67 lesiones valoradas por paciente.

2.- N.º total de lesiones intervenidas quirúrgicamente/Nº total de lesiones valoradas

De las 128 lesiones valoradas, se intervinieron 116, lo que nos deja un porcentaje del 90,625 %, lo que quiere decir que la mayoría de las lesiones valoradas se operaron, quedando sólo un 9,375 % de lesiones sin intervenir, bien porque no era necesario o porque no se debían intervenir y debían ser derivadas al especialista.

3.- N° total de biopsias/N° total de lesiones valoradas

De las 128 lesiones valoradas, sólo 10 se mandaron a anatomía patológica para analizar, lo que nos deja un 7,8125 % de biopsias.

4.- % de heridas infectadas

De las 116 lesiones intervenidas, sólo en dos de ellas figura en la historia clínica que precisaron AB bien oral o local, lo que deja un porcentaje de infección del 1,72%

5.- % de casos con dehiscencia de sutura

De los 48 pacientes intervenidos 4 presentaron dehiscencia de la sutura, lo que deja un porcentaje del 8,33%.

6.- % de cicatrices inestéticas

De los 48 pacientes intervenidos, sólo uno dijo que le había quedado mal la intervención ya que le quedó lo que se conoce como "oreja de perro" y solicitó se le volviera a intervenir para corregir dicho defecto, los comentarios del resto de pacientes iban desde los que decían que no se les notaba nada a los que decían que les había quedado una cicatriz "normal", pero ninguno dijo que fuera inestética, ni siquiera 3 de los pacientes que presentaron dehiscencias de las suturas, que comentaron que les había costado mas el curar, pero que les había quedado bien.

Tengo que aclarar que de entrada muchos de los pacientes al entrevistarles y preguntarles como les había quedado la cicatriz si estética o inestética contestaban que bien, que estaban contentos (yo entiendo que se referían más a que estaban contentos con el proceso en general ya que al matizar si les había quedado bonita o fea, era cuando algunos decían "pues me ha quedado una cicatriz, normal").

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

También he de comentar que no se pudo localizar telefónicamente a varios pacientes, uno de ellos decía que no existía el teléfono y 4 más no contestaron al teléfono en varios intentos que se realizaron por localizarles.

Por lo tanto el porcentaje de heridas inestéticas es de 1/43 o sea un 2,32%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración de los miembros del equipo es muy positiva ya que aunque no se les pregunto directamente a los pacientes sobre lo que les parecía el proyecto, los pacientes en sus comentarios cuando venían a la intervención valoraban muy positivamente que se hicieran esas cosas en el centro de salud y sobre todo "lo bueno de no tener que desplazarse hasta Alcañiz".

Que cosas han quedado pendientes:

- Conseguir que todos los profesionales del equipo se impliquen más en el proyecto no sólo aquellos a los que les gusta la cirugía menor.

- También creo que hubiera sido necesario hacer a mitad de año otra sesión clínica para recordar a los compañeros sobre todo como anotar en la historia clínica los datos necesarios,

- Por los cambios organizativos (incorporación oposición) se quedaron sin intervenir varios pacientes que estaban en la lista de espera.

A raíz de este último comentario, decir que para la sostenibilidad del proyecto y para su replicación sólo se necesita que en el centro de salud haya profesionales que les guste realizar cirugía menor, sin ese requisito no se puede hacer nada, ya que los recursos materiales necesarios ya están presentes en cualquier centro de salud.

También es verdad que la presión asistencial influye en que se puedan dedicar más o menos horas y más o menos días al mes para realizar este tipo de actividades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/393 ===== ***

Nº de registro: 0393

Título
IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, PITARCH CAÑADA PEDRO, BORRAZ MIR MARI PILAR, VILLALBA MIR ANA PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A los médicos y enfermeros de Atención Primaria se nos está formando para realizar intervenciones de cirugía menor en los centros de salud, pero la realidad diaria es que la falta de tiempo, la falta de materiales y la falta de interés impiden que realice esta actividad de forma reglada, haciendo cada profesional lo que puede y cuando puede (en las guardias...) por eso mediante este proyecto queremos organizar una consulta temática de cirugía menor, a la que todos los médicos del centro de salud puedan derivar a sus pacientes, donde sean valorados y tratados de forma rápida y efectiva, evitando derivaciones innecesarias a dermatología y/o cirugía y facilitando al paciente el acceso a tratamientos terapéuticos para los que hasta ahora debe desplazarse hasta Alcañiz.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0393

1. TÍTULO

IMPLANTACION Y DESARROLLO DE UNA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

RESULTADOS ESPERADOS

Tratar en el centro de salud la patología cutánea que por sus características de benignidad, escasez de complicaciones y mínimos riesgos para los pacientes, pueden resolverse de forma ambulatoria, evitándole al paciente y al sistema derivaciones innecesarias, mediante la creación de una consulta programada de cirugía menor para el centro de salud de Mas de las Matas y un protocolo de derivación a dicha consulta.

MÉTODO

Se oferta una consulta programada de cirugía menor con agenda específica, en la que se evaluarán y tratarán las patologías dermatológicas que precisen de la aplicación de las técnicas básicas de cirugía ambulatoria: suturas, drenaje de abscesos, exéresis, curetaje y punch biopsia.

INDICADORES

N.º total de lesiones valoradas/Nº total de pacientes atendidos
N.º total de lesiones intervenidas quirúrgicamente/Nº total de lesiones valoradas
N.º total de biopsias/No total de lesiones valoradas
% de heridas infectadas
% de casos con dehiscencia de sutura
% de cicatrices inestéticas

DURACIÓN

Inicio de la actividad tras la creación de la agenda específica, se realizarán dos sesiones al mes, los lunes de 12 a 15 horas, dedicando una media de 30 minutos por intervención/paciente. Comenzando la actividad a partir de marzo de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543

1. TÍTULO

INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA VIDAL VILLANUEVA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN
CHORDA GIRONA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A finales de Abril de 2019, realizamos una reunión informativa con los diferentes profesionales que forman parte del EAP. En dicha reunión, se presentó el proyecto, y se animó a todos los profesionales a participar en el mismo, tanto de manera pasiva como activa.

El 2 de Mayo de 2019, se crea el blog del centro de salud, y a partir de entonces se empieza a colgar información sobre diferentes aspectos y comenzamos a tratar temas relacionados con la salud que pensamos que podrían resultar interesantes para nuestros pacientes.

Para que éstos tuvieran conocimiento del mismo, se colocaron carteles en las puertas de las consultas de los diferentes consultorios y en el mismo centro de salud.

Además, para darle mayor difusión se publicó en Facebook para que la población pudiera enterarse de la creación del blog y lo compartiera con sus conocidos. También, aprovechamos una de las reuniones del consejo de salud para que las diferentes asociaciones y alcaldes de las localidades que forman parte de la zona básica de salud, tuvieran conocimiento de la existencia de éste.

El 6 de Junio de 2019, decidimos crear una encuesta para conocer la opinión de la población sobre el funcionamiento del centro, ya que vimos que la población no participaba de manera activa en el blog. Esta encuesta nos sirvió para tratar de mejorar algunos aspectos sobre el funcionamiento del centro, y tomamos nota de las sugerencias que nos hizo la población. Hicieron hincapié en diversos temas entre los que se encuentran:

- Apertura de la puerta de entrada al centro por la planta baja.
 - Solicitaban un cambiador para bebés en los baños.
 - Pedían más personal, sustitutos en vacaciones, matrona fija, otro equipo de guardia, y más interés por parte de algunos profesionales.
 - Exigían puntualidad por parte de los profesionales los días de análisis, y mejorar los tiempos de espera.
- Obviamente, alguno de estos puntos no dependía de nosotros, y respecto a lo que se podían mejorar hemos tratado de hacerlo, realizando pequeñas modificaciones para que se ajuste al máximo posible a la opinión de los pacientes: hemos ampliado el horario los días de análisis, hace unos meses que tenemos la misma matrona, no hay tanta demora en los tiempos de espera para entrar en consulta, entre otros.

A principios de Enero de 2020, lanzábamos una nueva encuesta, esta vez, para conocer la opinión sobre la creación del blog y poder valorar el nivel de satisfacción con el mismo. En este caso, para que la población conociera su existencia, se publicó en el blog, en las redes sociales, y se colgaron carteles en el centro de salud.

Con todo esto, podemos ver que se ha cumplido el calendario previsto, e incluso se han podido realizar otras acciones que en principio no nos habíamos planteado como son la encuesta sobre el funcionamiento del centro, y la creación de una página del centro de salud de Alcorisa en Facebook, donde compartimos parte de la información publicada en blog, para que sea más accesible para los pacientes que se manejan en las redes sociales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El blog presenta una página principal, en la cual podemos encontrar una descripción de la zona básica de salud. En ella, se abren diferentes entradas para destacar los temas más importantes como cambios de horarios, inicio de la campaña de la gripe, lanzamiento de las encuestas, entre otros. También tiene en la parte superior varias pestañas con distintos apartados como son cita previa, enfermería, medicina, matrona, pediatría, adolescentes, educadores, derechos y deberes, direcciones y teléfonos de consultas, y teléfonos de emergencias.

Es en estos apartados, donde ofrecemos información sobre los diversos temas relacionados con la salud para la población en general, sin distinción alguna de edad o nacionalidad, ya que la página principal también dispone de un enlace al traductor de google para quien necesite traducir la información publicada y poder comprenderla adecuadamente.

Para evaluar el tipo de pacientes que visitan el blog, conocer la periodicidad con la que acceden, los apartados que más visitan, y saber si realmente entienden la información que se publica en el mismo, hemos realizado una encuesta. Entre las 100 primeras respuestas, podemos obtener la siguiente información:

- Edad: 43,7% entre 50 y 69 años, 41,7% entre 30 y 49 años, 9,7% entre 15 y 29 años, 4,9% mayor de 70 años. Ningún menor de 15 años ha rellenado la encuesta.
- Sexo: 62,1% eran mujeres frente al 37,9 % de hombres.
- ¿Como se han enterado de la existencia del blog?: 49,5% por difusión en las redes sociales, 22,3% por los carteles informativos de las consultas, 21,4% a través de los profesionales del centro de salud; y 6,8% a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543

1. TÍTULO

INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

través de familiares o amigos.

- ¿Con que frecuencia hacen uso del blog?: 44,7% semanalmente, 23,3% mensualmente, 20,4% trimestralmente, y 11,7% diariamente.

- ¿Piensa que los temas tratados hasta el momento le han sido de gran utilidad?: 80,6% responde que SI, 19,4% tal vez, y nadie ha respondido que NO.

- ¿Que otros temas cree que serían interesantes para tratar en el blog?: entre todas las encuestas rellenas han destacado los siguientes temas: EPOC, asma y enfermedades respiratorias; primeros auxilios; temas ginecológicos; adolescentes; depresión y ansiedad; problemas de espalda; vacunas; enfermedades cardiovasculares; enfermedades mentales; Alzheimer y demencias; tabaco; alergias; enfermedades raras; crisis de epilepsia; prevención de enfermedades; malos hábitos; enfermedades infantiles/temas pediátricos; dietas saludables para perder peso; menopausia; hipertensión; colesterol; próstata; y fiebre.

- ¿Que apartados son los que más ha visitado (entradas, medicina, enfermería, pediatría...)? destacan las entradas, enfermería, medicina y pediatría.

- ¿Recomendaría visitar el blog a familiares y amigos?: 98,1% SI lo recomendaría frente al 1,9% que NO lo recomendaría.

- Se hicieron 4 preguntas relacionadas con el contenido del blog:

¿Cuales son los síntomas que podemos encontrarnos ante un caso de Ictus? El 90,3% ha respondido bien.

Sobre la diabetes, ¿Cual de las siguientes afirmaciones es correcta? El 74,8% ha respondido bien.

¿Cuándo se recomienda tomar el anticoagulante "Sintrom"? EL 72,8% ha respondido bien.

¿Han recibido suficiente información sobre la vacuna de la gripe a través del blog? El 95,1% ha dicho que SI recibió suficiente información.

A pesar de que la población no ha respondido hasta el momento muchas encuestas sobre la opinión de la creación del blog, con el contador de visitas que hay en la pagina principal, podemos saber que la población si visualiza la información que vamos publicando, puesto que a día de hoy, se han podido registrar 1386 visitas.

En cuanto al formulario de contacto, decir que no ha tenido mucho éxito, ya que hasta el momento solamente una persona ha hecho uso del mismo, pero a pesar de su escasa utilidad, quedamos satisfechos porque la persona que lo utilizó ha quedado contenta al resolverse con éxito su consulta.

Finalmente, teniendo en cuenta los objetivos que se plantearon al principio del proyecto, podemos decir que se han alcanzado casi en su mayoría. Hemos tratado de mantener informada a la población sobre distintos aspectos sanitarios que pueden resultar interesantes para los pacientes; hemos dado a conocer el centro de salud, los trabajadores y las actividades realizadas en el mismo; intentamos fomentar la promoción y educación de la salud de manera diaria para tratar de prevenir posibles enfermedades; promovemos la autonomía de nuestros pacientes y hemos ofrecido distintos apartados sobre aspectos que nombramos en nuestros objetivos como eran los derechos y deberes de los pacientes, acceso a salud informa, información sobre los cambios de horarios, entre otras; y con la creación de este proyecto, todos los integrantes de la zona básica de salud reciben la misma información.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación del blog puede parecer un proyecto sencillo, pero la verdad es que requiere mucho trabajo y esfuerzo, ya que cuesta mucho ponerlo en marcha, hay que estar constantemente publicando y actualizando información, y para ello se necesita mucho tiempo, del cual la mayoría de las veces no disponemos en la medida que nos gustaría.

Es un proyecto en el cual solo llevamos ocho meses trabajando y hemos intentando cumplir los objetivos y expectativas que planteamos en un principio desde el centro de salud de Alcorisa. Esperamos que los pacientes hayan visto reflejado nuestro trabajo y el impacto que haya causado en ellos sea positivo.

Desde el centro de salud de Alcorisa, continuaremos trabajando en el mismo, introduciendo nuevos temas como nos han solicitado los pacientes en la mayor brevedad de tiempo posible, e intentando difundir al máximo este proyecto.

Consideramos que es un proyecto muy importante, ya que es una manera diferente de ofrecer información de interés, y no importa donde se encuentren nuestros pacientes. Esto no podría ser posible sin el desarrollo de las nuevas tecnologías y las redes sociales que están "tan de moda".

7. OBSERVACIONES.

Desde el centro de salud de Alcorisa, estamos abiertos a ayudar a otros profesionales que quieran poner en marcha un proyecto como el nuestro. Por el momento, una Enfermera de otro sector sanitario ya se ha puesto en contacto con nosotros, y les hemos ofrecido nuestra ayuda.

Seguiremos trabajando de manera activa en este proyecto para tratar de mantener informados a nuestros pacientes sobre los temas que les resulten interesantes en relación con su salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/543 ===== ***

Nº de registro: 0543

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543

1. TÍTULO

INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

Título
INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

Autores:
VIDAL VILLANUEVA VERONICA, SANCHEZ-CELAYA DEL POZO MARIA CARMEN, CHORDA GIRONA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educacion para la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el centro de salud, se ha visto que podría resultar útil la puesta en marcha de este proyecto para que la población pudiera obtener información necesaria y actualizada en relación a su salud y al funcionamiento de nuestro equipo.
Ésta sería la manera adecuada para que toda la zona básica de salud adquiriera la misma información sobre diferentes aspectos sanitarios que puedan ser tratados en el blog, indiferentemente del lugar donde se encuentre el usuario, ya que el centro está constituido por varios consultorios y la población es amplia debido a la dispersión geográfica.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mantener informada a la población sobre aspectos sanitarios que puedan ser de interés para el usuario.
- Dar a conocer el centro de salud, los trabajadores y las actividades realizadas en el mismo.
- Fomentar la promoción y educación de la salud, y la prevención de enfermedades.
- Promover la autonomía del paciente y dar a conocer los derechos y deberes.
- Ofrecer acceso a las novedades de nuestro sistema sanitario (salud informa, alertas sanitarias, actividades comunitarias, cambios de horarios...).- Interrelacionar las diferentes poblaciones que integran la zona básica de salud.

MÉTODO
Para empezar, se llevará a cabo una reunión informativa con todos los profesionales para presentar el proyecto y que puedan aportar ideas sobre los temas a tratar en el blog.
Luego, se procederá a la creación del blog, y se plasmarán los conocimientos aportados por los profesionales en materia de salud para que la población pueda adquirirlos cuando haga uso del mismo.
Se dará máxima difusión del blog a través de carteles informativos en las consultas pertenecientes a la zona básica de salud, y a través de redes sociales y medios de comunicación.
Se llevarán a cabo tantas reuniones como sean necesarias entre los diferentes profesionales para mejorar el proyecto en la medida de lo posible.
Con el tiempo, se irá actualizando la información y se recogerán las sugerencias realizadas por los usuarios sobre los aspectos que son de su interés.

INDICADORES
- N° de visitas registradas en el blog: permite saber cuantas veces los usuarios acceden al mismo para hacer uso de su información.
- N° de sugerencias recibidas tras el formulario de contacto: valora el interés de la población en temas de salud y su participación.
- Encuesta para conocer el nivel de satisfacción de las personas que utilizan el blog.

DURACIÓN
- Mayo: realizar la reunión y poner en marcha la creación del blog.
- Junio: informar a la población mediante carteles en las consultas y/o difusión a través de las redes sociales y medios de comunicación.
- Resto del año: hacer uso del blog, manteniéndolo siempre actualizado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0543

1. TÍTULO

INFÓRMATE EN EL BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ALCORISA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

Fecha de entrada: 05/10/2016

2. RESPONSABLE GORETTI GOMEZ TENA
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS ALCORISA
· Localidad ALCORISA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
REPOLLES PERALTA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El taller está funcionando desde mayo de 2015, se realiza en la sala de preparación maternal en la planta -1 del centro de salud de Alcorisa todos los jueves laborables en horario de 12 a 13 h. Acuden al taller una media de 15-20 madres lactantes, algunas de ellas acompañadas de familiares (pareja, hermana, madre, suegra...). El taller consta de 8 sesiones por lo que dura aprox 2 meses. Se han realizado durante este periodo de tiempo (mayo 2015-mayo 2016) 3 ciclos del taller. El primer ciclo durante mayo y junio 2015- el segundo ciclo abarcó octubre y noviembre 2015 y el tercer periodo febrero y marzo de 2016.

CAPTACIÓN:

Se hicieron carteles divulgativos y se colocaron en varios puntos del centro de Salud para dar difusión de la actividad. Además en las visitas de preparación al parto la matrona explica la existencia de estas reuniones, así como el pediatra en la visita del recién nacido. NO es necesario apuntarse o inscribirse, sino que cada día acuden las madres según disponibilidad. NO hay límite de edad del bebé, pueden venir desde recién nacidos hasta lactantes mayores.

SESIONES REALIZADAS:

Todos los jueves asisten 3-4 mujeres puérperas con sus bebés al taller, asistido por la matrona y apoyado por el pediatra en alguna de las sesiones. La función de los profesionales sanitarios ha sido proporcionar un ambiente de comodidad a la madre lactante y al bebé, organizar un turno de palabra ordenado, asegurar que todos los asistentes participen con sus dudas e inquietudes, evitar que hagan corrillos para que todos se beneficien de las aportaciones y experiencias de los demás, y por último, reforzar y aclarar situaciones que se plantean en caso de ser necesario

Para la planificación, se establece una agenda de educación grupal en el programa informático OMI-AP en el intervalo horario del taller en el profesional "Unidad Matrona"; donde se anotan como pacientes las madres que acuden cada día.

Las 5 primeras semanas se basan en aprender técnicas de masaje para relajación del bebé, evitar gases y cólicos y establecer un vínculo afectivo desde el inicio, favoreciendo la crianza en el apego. Se proporciona a las madres un bote de aceite de masaje y fichas con las técnicas dadas en el taller para practicar en casa. La matrona enseña la técnica en un maniquí y las madres siguen los pasos con sus hijos. Cada semana se enfoca en una parte del cuerpo diferente y se repasa lo aprendido la semana anterior. Aprovechamos para contar experiencias, vivencias, dudas surgidas a lo largo de la semana. Acabamos la actividad con dudas generales sobre la lactancia materna y la crianza.

La sexta semana hablamos pediatra y matrona conjuntamente sobre el desarrollo psicomotor normal durante el primer año de vida, viendo el calendario de ítems en una presentación power point y participando las madres con sus dudas y preguntas.

La siguiente es una clase breve de reanimación cardiopulmonar básica y medidas en atragantamiento a cargo del pediatra, con parte teórica con diapositivas power point y parte práctica con maniquí pediátrico. La última sesión versa en torno a la alimentación complementaria, donde se explica la introducción a partir de los 6 meses de vida de alimentos variados y también cómo continuar la lactancia con la incorporación al trabajo de la madre (legislación, extracción y conservación de la leche...), con reparto de trípticos explicativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar las sesiones se reparte un cuestionario de satisfacción a las madres asistentes, con una evaluación final muy satisfactoria para los profesionales encargados. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

- La duración de la actividad formativa ha sido 4.57
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 4
- La actividad me va a ser muy útil en mi vida diaria: 4
- El material utilizado en el curso ha sido el adecuado: 4.14
- Valoración del docente: 5
- En general el curso me ha parecido: 5

Los participantes mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones, y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres y dando posibles temas para ellos.

Para detectar si el taller sirve como apoyo a la lactancia se comparan las madres lactantes que acuden con respecto a las que no. De un total de 33 nacimientos, dividimos en dos grupos según vengán al taller de lactancia o no (20 madres no versus 13 madres sí) . Observamos que a los 2 meses, en el grupo de no taller, 13 madres continúan con lactancia materna (un 65 %), comparado con el 100% de las madres que acudía a las sesiones. El número de consultas de los niños cuyas madres acuden al taller es menor al resto, (una media de 4,46

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

visitas por niño en los primeros 6 meses de vida) con respecto a la media del grupo que no acudía a los talleres (6,20 visitas por niño) No se ha visto diferencia en cuanto al motivo de consulta, enfermedad o duda de crianza, quizá porque no viene bien reflejado en el programa informático OMI-AP

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller sirve como beneficio a la lactancia natural, proporciona información actualizada y las madres aprenden a distinguir la información útil de los mitos y prácticas equivocadas, proporciona un apoyo y ayuda durante el puerperio que es una etapa de la mujer donde se encuentra muy vulnerable, proporciona confianza y seguridad para atender las necesidades del bebé.

Como elemento negativo somos críticos con el número de participantes por sesión (se tenía previsto alcanzar una media de 10 participantes por sesión, y se alcanzó un máximo de 5). El motivo de esta baja participación consideramos que es por el horario de mañana, el tener otros hijos pequeños al cargo y el lugar poco céntrico. Para próximas ediciones propondremos un cambio de horario, incluso desplazamiento a algún local del pueblo. Los ponentes consideran que el tiempo empleado en la preparación de las sesiones, así como los materiales empleados no ha sido excesivo y dado que ya se tiene el boceto preparado, lo seguiremos utilizando en los próximos talleres.

Por todo esto consideramos este proyecto muy enriquecedor, que será repetido en próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/39 ===== ***

Nº de Registro: 0039

Título
CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

Autores:
GOMEZ TENA GORETTI, REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

PROBLEMA
EL POSTPARTO ES UN MOMENTO EN EL QUE SE NECESITA MUCHO APOYO POR LA CONFUSION QUE SE CREA. HEMOS DETECTADO UNA DESINFORMACION POR PARTE DE LAS RECIENTES MADRES Y UNA DEMANDA DE AYUDA EN ESTA ETAPA
EL PROYECTO ES ÚTIL YA QUE ASÍ SE OBTIENE UN ESPACIO PARA COMPARTIR DUDAS Y SE MUESTRAN TÉCNICAS PARA RESOLVER PROBLEMAS

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
- FOMENTAR, PROMOVER Y PROTEGER LA LACTANCIA MATERNA Y LA SALUD DEL RECIÉN NACIDO EN EL ENTORNO RURAL
- RESOLVER DUDAS SOBRE LA CRIANZA DEL BEBÉ
- ADQUIRIR EDUCACIÓN BÁSICA SOBRE CUIDADOS Y PUERICULTURA
- DISMINUIR EL NUMERO DE VISITAS AL PEDIATRA O MATRONA PARA RESOLVER DUDAS

MÉTODO
- TALLER DE LACTANCIA MATERNA 1 HORA A LA SEMANA EN EL CENTRO DE SALUD, PARA MADRES QUE HAN DADO A LUZ CON UNA SERIE DE CHARLAS PROGRAMADAS, RESPONSABLE LA MATRONA Y PEDIATRA DEL CENTRO
- MODIFICAR AGENDAS EN PROGRAMA OMI CON LA CREACIÓN DE LA AGENDA TALLER PARA LLEVAR UN REGISTRO DE LAS SESIONES
- CREAR UN ORGANIGRAMA CON LAS CLASES Y RESPONSABLES DE LAS MISMAS

INDICADORES
- NUMERO DE MADRES CON LACTANCIA MATERNA PRIMEROS 6 MESES/ TOTAL DE MADRES EN UN AÑO
- SATISFACCION DE LAS MUJERES QUE ACUDEN AL TALLER, MEDIDA CON UNA ENCUESTA AL FINALIZAR EL TALLER
- CONSULTAS SIN ENFERMEDAD/TOTAL CONSULTAS

DURACIÓN
- DE MAYO 2015 A MAYO 2016
- TODOS LOS JUEVES DE 11 A 12 H
- CRONOGRAMA: MASAJE INFANTIL 5 SESIONES, ALIMENTACION COMPLEMENTARIA, RCP, DESARROLLO PSICOMOTOR

OBSERVACIONES
ASIMISMO EN CADA SESION SE RESERVA UN TIEMPO PARA REPASAR TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0039

1. TÍTULO

CREACION DE UN TALLER DE CRIANZA COMO GRUPO DE APOYO A LA LACTANCIA EN UNA ZONA RURAL

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 10/01/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUEZ GINES MARIA TERESA
FERNANDEZ GARCIA MARIA ANGELES
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Informar al equipo de la proxima implantación de la Eficiencia de las visitas en el centro (Demanda no presencial)
Documentarnos y ver implementación en otros equipos
Elaborar un protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendientes por la elaboración del protocolo con los indicadores de seguimiento y de satisfacción del usuario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que estudiar la situación y necesidades del centro para poderlo adaptar a cada realidad

7. OBSERVACIONES.
Nuestro proyecto no se ha podido implantar hasta que no hemos elaborado el protocolo definitivo
Cronograma 2018:
Enero.- presentación al equipo
Febrero.- implantación del protocolo por los profesionales
Diciembre.- medición de resultados de satisfacción del usuario y de implementación.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1487 ===== ***

Nº de registro: 1487

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA, FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO
-Mayo-Junio: sesiones clínicas
-Mayo: adaptación de agendas
-Revisión periódica de indicadores
-Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA GALVE CIERCOLES
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NUEZ GINES MARIA TERESA
FERNANDEZ GARCIA MARIA ANGELES
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
GARCIA LOPEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Incluir en las agendas activas del centro el concepto de DNP.
- Registro del consentimiento informado para consultas telefónicas incluidas en la DNP.
- Sesión clínica sobre el seguimiento del proyecto.
- Citación de DNP a petición del usuario ó del profesional a través de admisión.
- Encuestas de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Un 10% de la consulta es DNP
Mejora de la gestión del tiempo tanto del profesional como del paciente.
Al haber menos interrupciones telefónicas, se minoriza la carga asistencial en las consultas.
Mejora la satisfacción de la asistencia recibida por el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Positiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1487 ===== ***

Nº de registro: 1487

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA, FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA ANGELES, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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
En la revisión de los outputs del centro de salud de Andorra hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1487

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS: EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Andorra.

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ SAURAS SUSANA
CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESDE 2016 SE HAN REALIZADO EDUCACION GRUPAL A PACIENTES DIABETICOS (4 SESIONES: QUE ES LA DIABETES, ALIMENTACION DEL PACIENTE CON DIABETES, TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, EJERCICIO Y AUTOCONTROL DE LA DIABETES.) SE HAN FORMADO UN GRUPO POR CUPO, CON LA IMPLICACION DE SU MEDICO Y DE SU ENFERMERA ADEMAS DE LAS ENFERMERAS EXPERTAS FORMADORAS.
CRONOGRAMA REALIZADO: 2016
JUNIO: 10 PACIENTES DE DRA CORONADO (ARIÑO)
SEPTIEMBRE: 14 PACIENTES DR PEREZ CASANOVA (ALLOZA)
OCTUBRE: 13 PACIENTES DR. MARTINEZ (OLIETE)
NOVIEMBRE: 12 PACIENTES DRA TRILLO (ANDORRA Y 7 PACIENTES DR MESA (ANDORRA)
DICIEMBRE: 14 PACIENTES DRA HERNANDEZ (ANDORRA)
2017
MAYO: 5 PACIENTES DR PEREZ LACLERIGA (ANDORRA) Y 14 PACIENTES LAHOZ (ANDORRA)
JUNIO 15 PACIENTES DE TODOS LOS CUPOS QUE SE QUISIERON APUNTAR DE ANDORRA
TOTAL PACIENTES: 104 PACIENTES DIABETICOS
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE PIE DIABETICO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONOCIMIENTOS: SE OBSERVA UNA GANANCIA DE CONOCIMIENTOS CON UN MEJORA EN EL CUESTIONARIO POSTERIOR, EN EL PREVIO TENIAN UNA MEDIA DE RESPUESTAS CORRECTAS DE 14 SOBRE 20, PASANDO EN EL PSTERIOR A UNA MEDIA DE 19 SOBRE 20 DE RESPUESTAS CORRECTAS.
SATISFACCION: TOTOL LOS PARTICIPANTES MANIFIESTAN ESTAR MUY SATISFECHOS Y RECOMENDARIAN EL TALLER PORQUE LO CONSIDERAN UTIL, LA VALORACION DE LOS DOCENTES ES BUENA O MUY BUENA, ASI COMO LA DOCUMENTACION ENTREGADA LA CONSIDERAN ADECUADA.
RESULTADOS DE CAMBIO DE ESTILO DE VIDA (DGP): ESTAMOS PENDIENTES DE LA REALIZACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE LA MODIFICACION DE INDICADORES DE SALUD RELACIUNADOS CON LA INTERVENCION GRUPAL. PERO SE HA OBSERVADO UNA MEJORA GENERAL DE LOS INDICADORES DEL CUADRO DE MANDOS EN DIABTES EN EL CONJUNTO DEL CENTRO DE SALUD, NO TANTO POR UNA RELACIN DIRECTA CON LA INTERVENCION GRUPAL PERO SI POR UNA CORRIENTE DE FORMACION Y SENSIBILIAACION DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO QUE AL PARTICIPAR EN EL GRUPO SE HAM IMPLICADO CON LOS PACIENTES DIABETICOS EN GENERAL.
VALORACION DEL PIE DIABETICO: SE HA IMPLANTADO A FINALES DE 2017 LA CONSULTA DE PIE DIABETICO CON UNA PARTICIPACIONE DE 5 PACIENTES VALORADOS.
%DE PACIENTES CON RIESGO DEL PIE EVALUADO: GLOBAL DEL EQUIPO: 56,02%
% DE PACIENTES CON RIESGO ALTO:1'86, PACIENTES CON RIESGO MODERADO: 27'93, PACIENTES CON RIESGO BAJO: 10'70
% PACIENTES DIABETICOS ENTRE 50 Y 80 AÑOS CON DOPLER 28 % (STANDAR DEL SECTOR 20 Y 30 %)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA EDUCACION GRUPAN A CORTO PLAZO HA MEJORADO LOS CONOCIMIENTOS DE NUESTROS PACIENTES DIABETIICOS, LA ESTRAGEA EMPLEADA PARA LA FORMACION DEL GRUPO POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DEL CUPO (MEDICO Y ENFERMERA DE FAMILIA) A SUSPUETO DE FORMA INDIRECTA QUE TODOS LOS PROFESIONALES SE HAN FORMADO CON UNOS MENSAJES COMUNES EN TODOS LOS CUPOS LO CUAL SECUNDARIAMENTE A MEJORADO LA FORMACION INDIVIDUAL DE LOS DIABETICOS EN GENERAL.
POR OTRO LADO SE HA DADO PARTE DE PROTAGONISMO A PROFESINALES NO SANITARIOS EN LA ELABORACION DE MATERIALES ASI COMO EN EL PRODECIMIENTO Y TRTAMIENTO DE LOS DATOS Y LA DOCUMENTACION.(CELADORES FOTOCOPIAN MATERIALES Y PREPARAN DOCUMENTACION, ADMINITRATIVAS AVISAN A LOS PACIENTES SELECCIONADOS Y PROCESAN LOS DATOS RECOGIDOS)
LA DINAMICA DE FORMACION A PACIENTES DIABETICOS JUNTO CON EL MANEJO DEL CUADRO DE MANDOS HAN HECHO QUE LOS RESULTADOS EN DIABETES A NIVEL DE EQUIPO HAN MEJORADO CON RESPECTO DE AÑOS ANTERIORES.

7. OBSERVACIONES.
CRONOGRAMA 2018:
UN GRUPO POR CUPO, ABRIL, MAYO Y JUNIO DOS CUPOS (UN GRUPO POR CUPO), SEPTIEMBRE, OCTUBRE Y NOVIEMBRE UN GRUPO POR CUPO EN TOTAL LOS 9 CUPOS DEL CENTRO.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/404 ===== ***

Nº de registro: 0404

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:

GARCIA LOPEZ ANA MARIA, LOPEZ SAURAS SUSANA, CORONADO VAZQUEZ MARIA VALLE, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

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

Enfoque: Educación para la salud

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes es la enfermedad crónica por excelencia y la prevención de sus complicaciones asociadas un reto para la atención primaria. En especial hay dos puntos importantes que creemos que debemos mejorar y asegurar: la educación a los pacientes y la evaluación del pie diabético:

- Los pacientes con diabetes necesitan tener la información adecuada sobre su enfermedad para tomar decisiones y lograr un buen control. La educación grupal se ha demostrado como una herramienta útil para el cambio de comportamiento, aumentar o reforzar los conocimientos sobre diabetes, utilizando la experiencia del grupo como referente. En nuestro centro solo se trabajaba la educación individualizada por lo que se considera interesante implantar este sistema de educación en grupo.

- La cobertura de exploración del pie diabético en general, y la evaluación vascular periférica en los pacientes mayores de 50 años que se recomienda en las guías también es un punto a mejorar.

RESULTADOS ESPERADOS

1º Que los pacientes adquieran conocimientos sobre su diabetes o refuercen los que ya tienen, para que tomen decisiones correctas y mejoren sus resultados en salud.

2º evaluar si la educación grupal mejora los resultados de los pacientes, monitorizando parámetros objetivos de hba1c, colesterol, ta, peso...

3º. Mejorar la cobertura de evaluación del pie diabético y de la exploración con índice tobillo brazo en los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años.

MÉTODO

- EDUCACIÓN GRUPAL. Se seleccionará un grupo de entre 15/18 pacientes y/o su esposa/familiar, en principio que tengan glucómetro, por cupo. La enfermera de referencia seleccionará a los integrantes. Se impartirán 4 sesiones:

o 1ª que es la diabetes y complicaciones

o 2ª alimentación en pacientes con diabetes.

o 3º tratamiento farmacológico de la diabetes tipo 2

o 4ª sesión relación entre ejercicio/alimentación/autocontrol de glucemia capilar.

- PIE DIABÉTICO. Creación de consulta monográfica de pie diabético. Se derivarán a esta consulta los pies de riesgo alto y también los pacientes con indicación de evaluación de índice tobillo brazo

INDICADORES

- EDUCACIÓN GRUPAL:

o Se realizará un cuestionario previo y posterior para valorar la ganancia de conocimientos.

o Satisfacción de los usuarios con el curso y sugerencias de mejora

o Comparación antes-después de los siguientes parámetros y controles: glucemia, hba1c, colesterol, hdl, ldl, triglicéridos, ac urico, gfr, creatinina, ta, peso, diámetro cintura, imc, vag, vat, tabaquismo, fondo ojo, exploración pies, ecg, hipoglucemias, cumplimiento tratamiento...

- EXPLORACIÓN DE PIE:

% de pacientes con riesgo del pie evaluado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0404

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE ATENCION INTEGRAL A LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años a los que se ha realizado índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

DURACIÓN

- EDUCACIÓN GRUPAL: 4 sesiones, 2 por semana, de 60 minutos.

Cronograma 2017:

Junio: cupo Ariño, Septiembre cupo Dr Perez Casanova (Alloza), Octubre cupo dr. Martinez (Oliete), Noviembre 1º quincena cupo Dra Trillo (Andorra), 2ª quincena Dra Hernandez (Andorra) diciembre cupo Dr mesa (Andorra) pendientes en 2017 resto de cupos. El proyecto no tiene fecha fin ya que el objetivo es llegar a toda la población de diabéticos de la zona de salud de Andorra, y, una vez que se les haya impartido este primer curso, continuar con otro un nivel mayor de conocimientos.

- CONSULTA MONOGRÁFICA PIE DIABÉTICO. Inicio Julio 2017

OBSERVACIONES

Un objetivo indirecto es la implicación de todos los profesionales del equipo. El médico y la enfermera de referencia serán los organizadores y los que propongan a los pacientes al grupo. El médico de referencia de cada cupo, será el responsable de la formación sobre tratamiento farmacológico y la enfermera del cupo la responsable de la monitorización de las variables a estudio para valorar cambio de hábitos. Dos enfermeras formadas en educación grupal en diabetes serán las responsables del resto de sesiones.

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 - 2016/0420

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA

Fecha de entrada: 20/12/2017

2. RESPONSABLE MONTERRAT EGGA CANO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA LOPEZ ANA MARIA
REPOLLES PERALTA PATRICIA
TRILLO SALLEN ESTHER
CIERCOLES GALVE ROSA
GINES BIELSA MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

2 SESIONES POR CURSO, (2º, 3º Y 4º ESO, FPB ELECTRICIDAD, FPB ADMINISTRACION Y FPB HOSTELERIA) DEL 9 AL 24 DE FEBRERO DE 2017.

SESION INFORMATIVA DE RESULTADOS A DOCENTES Y DIRECCION DEL IES
SESION INFORMATIVA DE RESULTADOS A LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA
MATERIAL: TARJETAS Y FOLIOS CON DINAMICAS ESPECIFICAS PARA LA EDUCACION AFECTIVA SEXUAL: "FALSAS CREENCIAS SOBRE LA SEXUALIDAD", "MINIHISTORIAS DE PAREJAS: ESTO ES LO QUE HAY" PLASTILINA PARA EL TALLER: "ANATOMIA DE LA SEXUALIDAD", TALLER METODOS ANTICONCEPTIVOS: PRESERVATIVOS MASCULINO Y FEMENINO, DIAFRAGMA, DIU, IMPLANTES, OVULOS, CREMAS ESPERMICIDAS, PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS, PILDORA DEL DIA DESPUES..., POWER POINT PARA LA EXPOSICION DE CONTENIDOS, CUESTIONARIOS PRE Y POSTE Y DE SATISFACCION.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HA INTERVENIDO SOBRE 231 ALUMNOS, EN LA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS POSTERIOR TODO HAN GANADO CONOCIMIENTOS. RESPONDEN CORRECTAMENTE EL CUESTIONARIO:

- ALUMNOS DE 2º Y 3º ESO: 15 % EN EL PREVIO Y UN 62 % EL POSTERIOR
- ALUMNOS DE 4º ESO: 31 % EN EL PREVIO Y 82 % POSTERIOR

EN CUANTO A VALORACION:

- 75 % REPETIRIA EL TALLER,
- 62 % VALORAN LA EXPOSICION DE LOS PONENTES COMO MUY BUENA Y 40 % COMO BUENA
- 45 % CONSIDERAN LOS TEMAS TRATADOS COMO MUY INTERESANTES Y 54 % COMO INTERESANTES.

SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS PLANTEADOS EN EL PROYECTO. LA FUENTE DE OBTENCION DE LOS DATOS SON DIRECTAMENTE DE LOS CUESTIONARIOS ELABORADOS POR LOS PROPIOS DOCENTES QUE HAN INTERVENIDO, ASI COMO DE LA PERCEPCION DE LAS DINAMICAS UTILIZADAS Y LA ATENCION DE LOS ALUMNOS Y RESPUESTAS EN EL AULA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL CURSO ANTERIOR NO SE PUDO REALIZAR EL TALLER POR CUESTIONES ORGANIZATIVAS DEL IES (PABLO SERRANO DE ANDORRA) CON LO CUAL LOS ALUMNOS DE 4ª DE LA ESO YA CUANDO FUERON A 2º DE LA ESO PARTICIPARON DEL TALLER AFECTIVO SEXUAL CORRESPONDIENTE A 2º, EN CAMBIO LOS DE 3º DE LA ESO QUE NO HABIAN RECIBIDO NINGUNA FORMACION PREVIA, TENIAN IDEAS Y CONCEPTOS TOTALMENTE ERRONEOS Y ACTITUDES MÁS MACHISTAS Y HOMOFOBAS QUE LOS ALUMNOS DE 4º. POR OTRO LADO LA INTRODUCCION UNA NUEVA DINAMICA SOBRE LA ANATOMIA DE LA SEXUALIDAD REALIZADA EN PLASTILINA, PONIENDO MANIFIESTO EL POCO CONOCIMIENTO DE LOS ORGANOS GENITALES FEMENINOS Y EL MITO DEL ORGANITO MASCULINO. POR OTRO LADO LA INCORPORACION DE LA MATRONA, AL EQUIPO DOCENTE DE INTERVENCION EN EL AULA NOS HA DADO UNA MAYOR SEGURIDAD, MEJORA DE LAS DINAMICAS Y LA POSIBILIDAD QUE LAS ALUMNAS Y ALUMNOS LA CONOZCAN AL OBJETO DE PODER SER UN PROFESIONAL DE REFERENCIA EN EL CENTRO DE SALUD A DEMAS DEL RESTO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN. TODO ESTO HACE QUE NOS PLANTEEMOS PARA EL PRÓXIMO CURSO LA INTERVENCION EN LOS 4 CURSOS DE LA ESO, PARA IR ADECUANDO LOS CONTENIDOS DE FORMA MÁS PROGRESIVA EN CADA CURSO.

7. OBSERVACIONES.

EN ESTE PROYECTO PARTICIPAN LOS MEDICOS RESIDENTES DE 4º AÑO, COMO PARTE DE SU FORMACION EN ACTIVIDADES COMUNITARIAS.

PARA LA ORGANIZACION Y LA INTERVENCION EN LAS AULAS HA SIDO PRECISO EL APOYO DE LOS COMPAÑEROS DEL C. S., EN ESPECIAL ENFERMERIA, PARA CUBRIR EL RESTO DE TAREAS DE LOS PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN EL AULA. ESTA ACTIVIDAD SE VE REFLEJADA EN EL REPARTO DE LA PRODUCTIVIDAD VARIABLE ANUAL EN FUNCION DEL GRADO DE IMPLICACION DE CADA PROFESIONAL.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/420 ===== ***

Nº de registro: 0420

Título
TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL I.E.S. DE ANDORRA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0420

1. TÍTULO

TALLER AFECTIVO SEXUAL EN EL IES DE ANDORRA

EGEA CANO MONTSERRAT, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, TRILLO SALLEN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

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

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

PROBLEMA

DESDE EL CENTRO DE SALUD SE DETECTO UN MAL USO DE LA PÍLDORA POS-COITAL ENTENDIENDO ESTO COMO UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO Y NO UN RECURSO DE URGENCIA, CON UN PERFIL DE DEMANDANTE ADOLESCENTE DE ENTRE 15 Y 18 AÑOS. EN LA COMARCA SE ESTABA DESARROLLANDO UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN EL INSTITUTO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA PABLO SERRANO DE LA LOCALIDAD, POR LO QUE A TRAVÉS DE ESE PROGRAMA SE DESARROLLO UN TALLER AFECTIVO SEXUAL PARA TRABAJAR EN EL AULA CON LOS CHICO/AS DE 2º Y 4º DE LA ESO.

RESULTADOS ESPERADOS

1º AUMENTAR EL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SEXUALIDAD, PREVENCIÓN DE RIESGOS RELACIONADOS CON LAS RELACIONES SEXUALES
2º PROPORCIONAR INFORMACIÓN FIABLE SOBRE LA SEXUALIDAD Y RELACIONES SEXUALES.
3º ACERCAR LOS PROFESIONALES SANITARIOS A LOS ADOLESCENTES PARA QUE NOS VEAN COMO PROFESIONALES DE AYUDA Y ASESORAMIENTO Y ENCUENTREN UN PROFESIONAL DE APOYO EN CASO DE DUDAS.

MÉTODO

DE REALIZAN 2 SESIONES POR CURSO (2º Y 4º DE LA ESO) UNA POR SEMANA, PREVIAMENTE SE HA COORDINADO CON EL EQUIPO DE DOCENTES LAS FECHAS ELEGIDAS PARA LA ELABORACIÓN DEL TALLER.
SE REALIZA EL TALLER COMBINANDO TEORÍA A TRAVÉS DE UN POWER POINT Y DINÁMICAS GRUPALES PARA REFORZAR LOS CONOCIMIENTOS Y TALLERES PRÁCTICOS DONDE PUEDAN VER DIFERENTES MÉTODOS ANTICONCEPTIVO.

INDICADORES

PREVIAMENTE LOS TUTORES REALIZAR UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS PREVIO PARA SABER QUE NIVEL DE CONOCIMIENTOS TIENEN LOS CHAVALES. Y AL TERMINAR EL TALLER REALIZAN EL MISMO CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE CONOCIMIENTOS
TAMBIEN SE LES PASA UN CUESTIONARIO DE SATISFACCION, PARA EVALUAR SI EL TALLER LES PARECE ADECUADO O NO Y ROPONER CORRECCIONES AL RESPECTO.

DURACIÓN

LOS TALLERES SE DIRIGEN A LOS CHAVALES DE 2º Y 4º DE LA ESO, SE DESARROLLAN DURANTE EL CURSO ESCOLAR Y LAS FECHAS SE PLANTEAN EN FUNCIONA DE LA DISPONIBILIDAD DE LOS TUTORES Y LOS PROFESIONALES SANITARIOS. PARA ESTE CURSO ESCOLAR 2016-2017, SE PLANTE ADEMÁS INTERVENIR SOBRE LOS ESCOLARES DE 3º DE LA ESO YA QUE EL AÑO ANTERIOR NO PUDIERON ASISTIR. FECHAS PREVISTAS FINALES 2º TRIMESTRE CURSO ESCOLAR (FEBRERO)

OBSERVACIONES

ESTE TALLER TIENE EL APOYO DE UN MEDICO RESIDENTE YA QUE ES UNA OBJETIVO DE SU FORMACIÓN LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA.
ESTE PROYECTO ES UN PROYECTO MULTIDISCIPLINARIO, CON LA COORDINACIÓN DE DIFERENTES ENTIDADES SERVICIOS SOCIALES COMARCA ANDORRA SIERRA DE ARCOS, CRUZ ROJA ANDORRA ADEMÁS DEL IES PABLO SERRANO Y EL PROPIO CENTRO DE SALUD DE ANDORRA.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0477

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDA AYORA CARMEN
TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO
EGEA CANO MONTSERRAT
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN
ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Diariamente se revisa la disponibilidad de los cinco sets de material de sutura, rotulados cada uno de un color diferente. Esta revisión la realiza el enfermero/a que empieza la atención continuada a las 15 hs. Si un set de sutura es utilizado durante el turno se deja constancia en la hoja de registro, indicando quién lo ha usado. La primera semana de cada mes se realiza la revisión de la caducidad de esterilización (establecida en 6 meses) del material quirúrgico esterilizado individualmente y en set. Todo el material cuya fecha de esterilización haya sobrepasado el tiempo establecido se retira y se vuelve a esterilizar. Se ha elaborado una hoja en la que se registran mensualmente las fechas de esterilización de todo el material quirúrgico y además de los distintos materiales del carro de suturas: sedas, guantes estériles, bisturís, campos estériles,...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha conseguido tener siempre disponible un set de material quirúrgico completo y de calidad para poder atender las lesiones que precisen sutura. No se encuentra instrumental quirúrgico caducado. Se controla el stock y la disponibilidad de los materiales complementarios para suturar o realizar actividades de Cirugía Menor. En la hoja de registro se comprueba de manera objetiva que se realiza diariamente el control. Sabemos quien usa los sets de material de sutura y cuando.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran colaboración del equipo de Enfermería en el control de los sets de material de sutura, ya que ello ayuda a que tengamos siempre a disposición el material necesario lo que repercute en poder realizar mejor el trabajo y beneficia al paciente. Conviene seguir con el proyecto para evitar la falta de material quirúrgico en urgencias. Además es posible hacer un seguimiento de un equipo perdido. Sería necesario dotar a la sala de urgencias de mayor número de material quirúrgico individual, principalmente pinzas de disección, con o sin dientes; este tipo de material es bastante escaso y se suele usar con frecuencia: en ocasiones se tiene que recurrir a la apertura de un set completo para obtener una pinza. El hecho de disponer de 5 sets de material quirúrgico hace que sea difícil quedarse sin material esterilizado para suturar. Sólo en una ocasión en 2017 y durante un mes y medio se tuvo escasez de material por fallo grave en el autoclave y la obligatoriedad de enviar el material quirúrgico al Servicio de Esterilización del Hospital de Alcañiz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/477 ===== ***

Nº de registro: 0477

Título
CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO, EGEA CANO MONSERRAT, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, ESTEBAN HERNANDEZ AGUEDA MONSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0477

1. TÍTULO

CHECKING DEL MATERIAL DE SUTURA EN LA SALA DE URGENCIAS DEL CENTRO DE SALUD

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

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

PROBLEMA
Una de las incidencias más frecuentemente recogidas en la sala de urgencias es la falta de material quirúrgico a la hora de suturar heridas, sobre todo las pinzas, teniendo que suturar con frecuencia con material inadecuado. La causa es que el personal se abastece de las pinzas de sutura cuando sale a los domicilios. Además, la auditoria externa de ISO nos encontró material caducado y tenemos que revisar periódicamente la caducidad del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
Disponer de sets de material de sutura de forma permanente en el servicio de urgencias

MÉTODO
- Elaboración de cinco sets de sutura compuestos de: pinzas de Adson con dientes, porta y tijeras. Cada set está marcado con un color distinto (equipo rojo, verde, azul...)
- Verificación cada mañana de la disponibilidad de los cinco equipos de sutura así como de su integridad en el caso de que hayan sido usados (Creación de formato al efecto
- Verificación mensual de la caducidad de la esterilización del material quirúrgico disponible en urgencias (formato PO-03-4_AL(P)E)

INDICADORES
% DÍAS EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
% MESES EN LOS QUE SE CUMPLIMENTA EL CHEQUEO DE LA CADUCIDAD DE LOS EQUIPOS DE SUTURA
NÚMERO DE INCIDENCIAS POR FALTA DE MATERIAL QUIRÚRGICO EN EL AÑO EN CURSO

DURACIÓN
Enero- Febrero: Elaboración de sets quirúrgicos
Enero-Febrero: Elaboración de hoja de registro
Febrero-Diciembre: Implantación de la hoja
Enero 2018: Evaluación

OBSERVACIONES
DESDE QUE SE HA IMPLANTADO ESTE SISTEMA EL ORDEN EN URGENCIAS HA MEJORADO Y SE HA CONSEGUIDO QUE NO DESAPAREZCAN LOS EQUIPOS O APARATOS DE URGENCIAS. CASI TODOS LOS PROFESIONALES PARTICIPAN EN EL CHEKING Y LOS MALETINES SE MANTIENEN TANTO SU REVISIÓN COMO LA REPOSICIÓN EN CASO DE LO QUE SE USA.

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 - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
MOJONERO ANTEQUERA JOANA
JIMENEZ SESMA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar la detección del tabaquismo se implicó al personal que trabaja los fines de semana (MAC Y EAC) para captar a los fumadores (jóvenes) que no acuden a consulta.
Se realizaron sesiones informativas para el seguimiento de los indicadores de detección del tabaquismo e intervención tabáquica.

Para mejorar la intervención tabáquica se ha implicado a los profesionales de enfermería, para la solicitud de espirometrías a los pacientes fumadores.

Se creó una comisión de calidad, interna en el centro de salud, para el seguimiento de indicadores.

Nuestro centro participa en la elaboración del procedimiento de abordaje de tabaquismo en atención primaria del sector de Alcañiz.

Se ha creado en nuestro centro, la consulta antitabaco tras la implantación del procedimiento. Durante 2017 no ha sido posible implantar la consulta del tabaco ya que faltaba la creación del procedimiento, el coximetro. A la fecha de esta memoria esta ya creada compatibilizando las agendas del médico y la enfermera responsables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El indicador de detección del consumo de un 33.34% en 2016 hemos pasado a 45.39% lo que supone una ganancia del 12.05 %.

El indicador de intervención y consejo del consumo de tabaco de un 41.01% en 2016, se ha obtenido un resultado en 2017 de 52,58% con una mejora del 11,57 %.

Se han realizado en los últimos 5 años 258 espirometrías sobre un denominador de 836 esto supone una cobertura del 30.62 % de los pacientes entre 50 y 80 años fumadores. A los pacientes a los cuales se les realiza espirometría se hace intervención sobre consumo de tabaco (riesgos y enfermedades y derivación a la consulta antitabaco a los que quieren dejar de fumar.

Han sido atendidos en la consulta antitabaco (2018) 3 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si se anima al los profesionales, a intervenir y detectar sobre el consumo de tabaco, los resultados mejoran, les gusta saber la repercusión de su intervención y se les anima seguir trabajando en ello. Si además esta intervención tiene su reflejo a la hora del los incentivos anuales mejor.

Al profesional de enfermería hay que animarle a la petición de pruebas (espirometría) como estrategia de captación del paciente fumador y vehiculizar a un profesional formado y experto en el abordaje del tabaquismo.

7. OBSERVACIONES.

Ha sido difícil la implantación de la consulta antitabaco ya que hasta que no se realizado el procedimiento de sector.

El espirómetro a pesar de ser nuevo, y conectado al equipo de sobremesa para que el resultado llegue a la historia del paciente, debido a que es un equipo obsoleto nos da muchos problemas para la realización de la espirometría, tardando en ocasiones más de 30 minutos en meter los datos del paciente...

Plan para el 2018: seguir manteniendo la estrategia actual sobre detección e intervención del tabaquismo, publicitar la consulta antitabaco en los medios locales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1137 ===== ***

Nº de registro: 1137

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
VAQUE BIELSA MARIA PILAR, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, JIMENEZ SESMA MARIA LUISA, FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando
- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

DURACIÓN

Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ MACIPE CONCHA
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. CONSULTA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA: un día la semana, con agenda propia
2. ESPIROMETRIAS, E INTERVENCIÓN BREVE PARA DEJAR DE FUMAR
3. INTERVENCIÓN COMUNITARIA A ESCOLARES
4. FORMACIÓN AL EQUIPO DE PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el 2018 se obtienen los siguientes resultados:

1. % pacientes con registro/DGP "si fuman" : 48,36 %.
2. Pacientes con intervención breve o intensiva: 58,71 % .
3. N° de pacientes que han dejado de fumar en la consulta deshabituación tabáquica de Andorra: 15 de 26 pacientes atendidos en la consulta: 57, 6 %, 7 de los cuales no terminaron su proceso de deshabituación tabáquica (26,9%), 1 paciente se le dio de alta tras más de un año sin fumar. Aunque 5 en algún momento recayeron, volvieron a dejar de fumar a través de la intervención en la consulta.
4. N° de espirómetros realizadas: 212
5. Pacientes con EPOC que tienen activo el plan de cuidados de limpieza ineficaz de las vías aéreas: 59,12 %
6. Pacientes con EPOC a los que se les ha preguntado por signos y síntomas respiratorios: 59,12 %
7. Número de intervenciones en la comunidad sobre el consumo de tabaco: se realizó intervención a los alumnos de 6 de primaria del colegio Manuel Franco Royo (acta propia de la intervención del 14 de junio de 2018)
 1. Participación de: 19 alumnos, 10 chicas y 9 chicos.
 2. Ganancia de conocimientos de 3,29 puntos del cuestionario previo al posterior (media de respuestas al cuestionario previo 6,556/ media de respuestas al cuestionario posterior: 9,8421)
 3. Satisfacción con el taller: se mide mediante un cuestionario de 8 preguntas con escala liker del 1 al 5, una presunta con contestación si/no, la evaluación sobre los docentes con valoración del 1 al 5, y 2 preguntas abiertas sobre que les ha gustado más y aspectos a mejorar. Lo consideran UTIL: 4'9/5
 - a. AMBIENTE ha sido agradable: 4'6/5
 - b. FORMACION UTIL en mi vida: 4'8/5
 - c. PUEDE AYUDARME: 4'7/5
 - d. RECOMIENDA EL TALLER: TODAS
 - e. VALORACION DE MARTA ALQUEZAR:
 - f. LE HA GUSTADO: 4'8/5
 - g. CONOCE LA MATERIA: 4'7/5
 - h. SATISFACCIÓN: 4'8/5
 - i. MÁS INTERSANTE: LA INETRVECION DE LOS PACIENTES, EL CONTENIDO DE LOS CIGARRILLOS...
 - j. ASPECTOS HA MEJORAR: NINGUNO, "LO HABEIS HECHO MUY BIEN"...
8. Número de sesiones clínicas relacionadas con la epoc y el tabaquismo: 1
9. Pacientes diagnosticados de EPOC: 2'97 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

QUE SI A LOS PACIENTES ADEMAS DE PREGUNTAR POR EL CONSUMO DE TABACO, LES HACES UNA ESPIROMETRIA QUE VISUALICEN LA AFECTACIÓN ORGANICA Y LES DAS EL ESPACIO/CONSULTA PARA DEJAR DE FUMAR, ES MÁS FÁCIL QUE SE PLANTEEN DEJAR EL HABITO TABAQUICO. Y QUE HAY QUE SEGUIR TRABAJANDO CON LA POBLACIÓN JOVEN PARA QUE NO SE INICIEN EN EL CONSUMO.

7. OBSERVACIONES.

La consulta de deshabituación tabáquica en el centro de salud de Andorra, se ha consolidado como parte de nuestra cartera de servicios.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1137 ===== ***

N° de registro: 1137

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1137

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO ATENCION INTEGRAL A LA EPOC

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:

VAQUE BIELSA MARIA PILAR, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, JIMENEZ SESMA MARIA LUISA, FERRE BUJ MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo: - % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco - % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Creación de una consulta monográfica de atención al tabaquismo. En ella se prestará apoyo a la deshabituación tabáquica
- Sesiones formativas
- Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco. Fuente: cuadro de mando
- % de personas en las que se ha realizado intervención intensiva que han dejado de fumar

DURACIÓN

Junio-Julio: Elaboración del procedimiento
Septiembre: Difusión del procedimiento. Puesta en marcha de la consulta
Julio 2017- Enero 2018: Monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

Fecha de entrada: 15/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN FERRER BUJ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
TRILLO SALLAN ESTHER
MOJONERO ANTEQUERA JUANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Lo cursos realizados a lo largo de este curso son los siguientes:

-II CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES IES BAJO ARAGON -ALCAÑIZ- Febrero/Marzo
-PRIMEROS AUXILIOS 5º EPO CEIP MANUEL FRANCO ROYO
-ANDORRA- 24Marzo
-SOPORTE VITAL BASICO Y DEA CRUZ ROJA -ANDORRA- 31 Marzo
-MI PELUCHE ESTA MALITO 3º INFANTIL CEIP MANUEL FRANCO ROYO -ANDORRA- 31 Marzo
-MI PELICHE ESTA MALITO DE 1º A 4º EPO CEIP PINTOR PRADILLA -VILLANUEVA DE GALLEGO-ZARAGOZA- 5 Abril
-SOPORTE VITAL BASICO Y DEA TRABAJADORES RESIDENCIA LA SOLANA -ARIÑO- 2-3 Marzo
-III CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES IES PABLO SERRRANO -ANDORRA- Mayo
-MI PELICHE ESTA MALITO 3º INFANTIL CEI SAN JORGE
-ANDORRA- 26 Mayo
-IV CURSO PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES CRIET
-ALCORISA/ZARAGOZA- 26 Septiembre
-V CURSO DE PRIMEROS AUXILIOS PARA DOCENTES CEP EMILIO DIAZ -ALCAÑIZ- Octubre/Noviembre

COLABORACIONES

-SOPORTE VITAL BASICO 6º EPO CEIP ESPARCIDERO
-ZARAGOZA- 19 Junio
-PRIMEROS AUXILIOS PROFESORES DE EDUCACION FISICA Y MONITORES DE TIEMPO LIBRE ceip LASALLE MONTEMOLIN -ZARAGOZA-
28 Septiembre
-PRIMEROS AUXILIOS 1º ESO IES SIERRA DE LA VIRGEN -ILLUECA-ZARAGOZA .

Los cursos realizados se adecúan ala edad de los participantes.

Con los niños de infantil a 4º EPO se emplean peluches que cada niño debe de traer, jugando y cantando con ellos se les enseña a identificar una situación de emergencia, saber llamar al 112 y poner posición lateral de seguridad.

A partir de 5º EPO, adolescentes y adultos, el programa de enseñanza mínimo es de soporte vital básico según programa ESVAP de la SEMFYC con apoyo de material audiovisual, uso de maniqués para talleres práctico. Se combina siempre una parte teórica y otra práctica.

El programa se amplía según la demanda de cada grupo de alumnos a recibir el curso, los cursos dados a docentes el programa viene impuesto por el Ministerio de Educación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Siempre que se realiza un curso se pide a los alumnos que contesten un cuestionario de 5 preguntas al inicio del curso y otro posterior con las mismas preguntas en diferente orden, de forma que obtenemos resultados del aprendizaje.

También se realizan encuestas de satisfacción tras finalizar los cursos de forma que se evalúa el contenido y los ponentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos de este programa se han cumplido puesto que se ha conseguido llegar a la población de todas las edades en una cifra de 606 participantes a lo largo del año 2017.

Los resultados obtenidos por los cuestionarios previo y posterior a los cursos muestran resultados muy positivos de forma que se demuestra la efectividad de los mismos.

Las encuestas de satisfacción desvelan también resultados positivos tanto en el contenido de la materia, forma de transmitirla como a los ponentes.

La colaboración con personal externo a nuestro sector ha hecho que el proyecto llegara a otros puntos de nuestra Comunidad.

Seguimos teniendo proyectos nuevos y de amplia difusión para seguir adelante con este programa.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1147 ===== ***

Nº de registro: 1147

Título
FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

Autores:
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, MOJONERO ANTEQUERA JUANA, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, LOPEZ SAURAS SUSANA, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, TRILLO SALLEN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: actividad preventiva
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora de los conocimientos

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

CADA VEZ ES MAS NECESARIA LA FORMACION EN PRIMEROS AXULIOS Y EN RCP, Y LOS DOCENTES Y CUIDADORES DE ENFERMOS DE NUESTRA ZONA DE SALUD ASI SON SOLICITARON AL CENTRO DE SALUD. ANTE UNA URGENCIA LA FORMACION EN RCP PUEDE SER DECISIVA PARA LA VIDA DE LA PERSONA, POR LO QUE LA FORMACION A LA COMUNIDAD ES CLAVE.

RESULTADOS ESPERADOS

DAR FORMACIÓN EN PRIMEROS AUXILIAS A LOS COLECTIVOS QUE ASI LO SOLICITEN.
Adquisición de conocimientos de las técnicas de primeros auxilios
Aplicación de las técnicas, habilidades y actitud ante una situación de emergencia vital.

MÉTODO

Contenidos de la formación: Valoración inicial de la Urgencia y Emergencia vital previsible y no previsible. Soporte Vital Básico. Uso del Desfibrilador Semiautomático.
Actuación ante la Urgencia y Emergencia según normativa vigente de la SEMFYC. 4 Sesiones de 2'5 horas por sesión. con un mínimo de 10 participantes por grupo. Las ponencias constan de una parte de contenido teórico y otra parte en la que se realizarán prácticas para saber actuar en caso de Urgencia/Emergencia
Los contenidos se adaptaran en función del grupo.

INDICADORES

Evaluación de conocimientos: con un cuestionario previo y otro posterior.
Indicador: numero de personas con intervención en educación a grupos en primeros auxilios. (actividades de enfermería en OMI)

DURACIÓN

Se realizaron dos curso el pasado 2016:
- dirigido a escolares: del colegio Manuel Franco royo 28 de enero
- dirigido a docentes del IES Pablo Serrano de Andorra, del 14 de Abril al 12 de mayo.
Para este año esta previsto:
- dirigido a docentes del IES Bajo Aragón de Alcañiz: del 14 de febrero al 8 de marzo.
- dirigido a cuidadores de enfermos en la localidad de Ariño: 6 y 7 de marzo (intensivo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1147

1. TÍTULO

FORMACION A LA COMUNIDAD EN PRIMEROS AUXILIOS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Fecha de entrada: 04/01/2018

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un cuestionario de respuestas cortas para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre el sintrom.
Se ha realizado dicho cuestionario a los pacientes en tratamiento con sintrom de la localidad de Oliete.
Se ha realizado intervención educativa de manera individual tanto al paciente como al cuidador, incidiendo en aquellos puntos en los que se ha detectado falta o error de conocimientos
Se ha dado información por escrito al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han detectados errores de conocimiento importantes en todos los puntos a tratar, bien sean generales en cuanto a la toma de tratamiento, situaciones especiales y dieta.
Se han realizado mediciones del RIN a los pacientes del estudio tras la intervención, manteniéndose dentro del rango

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El mantenimiento del valor del RIN dentro del rango se debe más a la fuerte adherencia al tratamiento de los pacientes que a los conocimientos que éstos poseen del sintrom

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente realización de cuestionario para comprobar el aumento de conocimientos así como realización de nuevos valores del RIN

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gran mayoría de los pacientes de esta poblacion son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminucion de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.
Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas de producir procesos hemorrágicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

reduccion de la sintesis hepatica de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K. En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse. Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, hábitos dietéticos, nuevas medicaciones es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento. El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis, qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud . Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal
Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mejorar los conocimientos sobre restricciones dieteticas
Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom
Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales (olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirurgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)
Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, sintomas neurologicos...)

MÉTODO

Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos
Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)
Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervencion
Todos los pasos se realizaran en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

INDICADORES

Realizacion de RIN antes del inicio de la intervención
test pre y post intervención
realizacion de RIN despues de la intervención (a los 0, 3, 6 y 12 meses)
Se realizará una nueva intervención educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN
Se considerará que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

DURACIÓN

realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un cuestionario de preguntas para evaluar los conocimientos de los pacientes sobre el sintrom con los siguientes puntos: efecto sobre el organismo, toma del tratamiento, actuación ante posibles complicaciones, situaciones especiales, alimentos y fármacos que influyen en los valores .

Se ha medido el valor del RIN previo al inicio del proyecto

Se ha realizado dicho cuestionario a los pacientes en tratamiento con sintrom de la localidad de Oliete

Se ha realizado educación de manera individual tanto al paciente como al cuidador, incidiendo en aquellos puntos en los que se ha detectado una falta o error de conocimientos

Se ha dado información por escrito al paciente o al cuidador

Se han monitorizado mensualmente los valores del RIN, realizando intervención educativa individual al detectarse variaciones del RIN superiores o inferiores al 20% del rango que corresponde a cada paciente

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el estudio han participado todos los pacientes en tratamiento con sintrom que hay en la localidad de Oliete (12 pacientes que suponen un 8'9% de la población mayor de 65 años. No hay ningún caso que tenga menos de esa edad. La edad media de los pacientes es de 85,16 años)

Valores del RIN :

A cada paciente se le ha monitorizado el RIN mensualmente durante todo el año, realizando una intervención educacional al paciente y/o al cuidador principal cada vez que las variaciones del RIN fueron significativas

El 10% de los pacientes no precisó ninguna intervención.

El 40% de los pacientes sólo precisaron de una intervención educacional durante el año.

El 50% de los pacientes precisaron de dos intervenciones educacionales.

El 100% de los pacientes mantuvieron estable el RIN tras la primera o segunda intervención durante el resto del año.

Nivel de conocimientos y autocuidado:

El 100% de los pacientes que no precisaron intervención educacional tenían un nivel de conocimientos del 100% al inicio del estudio.

De aquellos pacientes que precisaron de una intervención educacional, el 80% de ellos mejoraron su nivel de conocimientos y autocuidado y el 20% no tuvieron mejoría

De aquellos pacientes que precisaron de dos intervenciones:

Tras la primera intervención el 84% mejoraron su nivel de conocimiento y autocuidado, mientras que el 16% no tuvieron mejoría

Tras la segunda intervención el 50% mejoraron con respecto a la primera intervención y el otro 50% no obtuvieron más mejoría que la obtenida tras la primera intervención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es fundamental la educación del paciente al inicio del tratamiento con Sintrom. De esta manera será más consciente de lo que significa, de la importancia de tener unos conocimientos básicos sobre la toma del tratamiento (mecanismo de acción, olvido de toma, complicaciones, alimentos y fármacos que interfieren con el RIN) y la actuación ante situaciones especiales que puedan surgir.

Se debe realizar una intervención educacional ante la detección de variaciones significativas del RIN puesto que eso nos ayudará a mantener estables dichos valores .

Analizando los resultados, también sería beneficioso realizar dicha intervención educacional cada 6 meses, independientemente de los valores del RIN. Esto serviría para detectar posibles errores de conocimiento y autocuidado que pudieran en un momento dado originar variaciones del RIN y corregirlos antes de que esto suceda. También sería un buen refuerzo positivo para el paciente.

En resumen, la educación individual es útil para mejorar y fortalecer la adherencia al tratamiento y el autocuidado, obteniendo de esta manera valores más estables del RIN. El aumento de los conocimientos es menor, posiblemente debido a que los pacientes son de edad avanzada y sus capacidades mentales están disminuidas (todos los pacientes superaban los 75 años, siendo la media de edad de 85,16 años)

La aplicación de este tipo de intervención en pacientes más jóvenes seguramente mejoraría notablemente los resultados obtenidos en el estudio.

7. OBSERVACIONES.

Alberto Trallero Bielsa decidió abandonar el proyecto de mejora de calidad al inicio de éste por lo que el responsable coordinador de dicho proyecto ha pasado a ser el otro componente del equipo que queda y que suscribe estas líneas, Enrique Martínez Ayala

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1335

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

***** ***

Nº de registro: 1335

Título
INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA MANUEL ALBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes en tratamiento con sintrom en la poblacion de Oliete y su cuidador principal
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gran mayoría de los pacientes de esta población son de edad muy avanzada, con afectaciones propias de la edad (disminución de memoria, de la audición, de la visión) lo que conlleva grandes limitaciones en la comprensión y la retención de datos. Otros tienen un cuidador principal que se encarga de administrarles la medicación y prepararles la comida sin conocimientos sobre lo que toma el paciente ni sobre los riesgos o cuidados especiales que deben tener con el tratamiento.

Los anticoagulantes orales son más susceptibles que las heparinas de producir procesos hemorrágicos en mayores de 75 años (especialmente en las mujeres), como consecuencia de la menor capacidad de eliminación de estos fármacos, así como el aumento de la fragilidad vascular, de la reducción de la síntesis hepática de factores de coagulación y a la mayor eliminación de vitamina K.

En estos pacientes debe realizarse un mayor control y ajuste posológico que eviten las posibles complicaciones de las que un mal control pudieran derivarse.

Además, debido a que el efecto de los mismos puede verse interferido por diversas circunstancias como otras enfermedades, hábitos dietéticos, nuevas medicaciones es importante fomentar el conocimiento de su acción y posibles consecuencias de un mal control y toma de tratamiento

El objetivo de esta intervención es educar a los pacientes y a sus cuidadores principales en la autogestión del tratamiento para intentar minimizar en lo posible los factores externos(cómo tomar los anticoagulantes, qué hacer cuando se olvide una dosis, qué interfiere en su absorción...) que puedan alterar los valores en sangre de los anticoagulantes poniendo en riesgo la salud del paciente, quedando únicamente como variable aquellas situaciones en las que el paciente no puede influir como son las distintas enfermedades y el estado general de salud .

Por eso la intervención se realizará de manera individual, tanto al paciente como al cuidador en el caso de que lo haya, cara a cara, dándole tiempo a asimilar la información, a procesarla, que le surjan dudas y las pueda manifestar en la misma sesión, resolviéndoselas en ese mismo momento, y reforzando aquellas nociones y conceptos en las que el educador perciba en el paciente o en su cuidador dificultad o falta de entendimiento

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes en tratamiento con sintrom mediante una intervención educativa individual al paciente y a su cuidador principal

Mejorar y dar mayor estabilidad al rango de RIN establecido para cada paciente

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Mejorar los conocimientos sobre restricciones dietéticas

Mejorar los conocimientos de alimentos ricos en vitamina K y como interfieren con sintrom

Mejorar los conocimientos generales en cuanto a la toma del tratamiento y qué hacer en situaciones especiales

(olvido de toma, toma doble dosis, previa a procesos quirúrgicos, trastornos digestivos, viajes, vacunaciones, ..)
Cómo actuar ante posibles complicaciones (hemorragia, síntomas neurológicos...)

MÉTODO

Paso 1 : Realización de un cuestionario tipo test de respuestas cortas para evaluar conocimientos

Paso 2: Intervención educativa de 3 sesiones (una semanal de 45 minutos de duración), cada una de ellas de un tema (recomendaciones en alimentación, recomendaciones generales, situaciones especiales)

Paso 3: Realización de cuestionario tipo test de respuestas cortas tras la intervención

Todos los pasos se realizarán en sesiones individuales tanto al paciente como a su cuidador principal

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1335

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA INDIVIDUAL A PACIENTES EN TRATAMIENTO CON SINTROM Y A SU CUIDADOR PRINCIPAL EN LA POBLACION DE OLIETE

INDICADORES

Realizacion de RIN antes del inicio de la intervención

test pre y post intervención

realizacion de RIN despues de la intervención (a los 0, 3, 6 y 12 meses)

Se realizará una nueva intervención educativa cuando se detecten variaciones importantes en el RIN

Se considerará que se han conseguido los objetivos si los valores del RIN se mantienen estables

DURACIÓN

realizacion de rin a los 0,3,6,y 12 meses del inicio de la intervencion

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde mediados de 2016 se ha instaurado en el Centro de Salud una consulta para control de obesidad. Los pacientes acuden a esta consulta derivados por su médico o enfermera responsable o bien a petición propia. Para dar a conocer esta consulta se hizo una sesión informativa a todos los profesionales sanitarios del centro y se puso en conocimiento de la población a través del Consejo de Salud.

La primera consulta consta de una visita inicial en la que se establece la motivación del paciente, se hace una historia en la que consta antecedentes, evolución del peso a lo largo de su vida, enfermedades concomitantes y tratamientos.

Se realiza la escala de ansiedad/depresión de Goldberg, medidas antropométricas y revisión de última analítica solicitada (si está solicitada hace más de tres meses se solicita una nueva).

Si no existen alteraciones que deba revisar su médico de cabecera se le entrega dos encuestas alimentarias, un registro alimentario de 3 días (incluyendo un festivo) y una encuesta de frecuencia de alimentos.

En la segunda cita se revisan las encuestas aportadas por el paciente, los resultados analíticos (si no tenía analítica previa) y se establece el Gasto energético basal (según escalas de Harris Benedict) y el Gasto energético total.

Si el paciente está motivado y tiene un IMC > de 30, o > 27 y + de dos factores de riesgo se le dará nueva cita y se incluirá en programa.

Si no está motivado o tiene sobrepeso sin factores de riesgo asociado se le dan consejos sobre hábitos saludables.

Se pacta con paciente la dieta adecuada a seguir y el ejercicio físico a realizar. Según los conocimientos del paciente se establece dieta por intercambios y se le dan consejos de dieta saludable y ejercicio físico, o se establece dieta cerrada.

Así mismo se pactan con el paciente los objetivos a alcanzar en seis meses, siendo aconsejable la pérdida del 10% del peso corporal. También se pacta un contrato con el paciente en el que se establece que si hay más de tres semanas seguidas sin pérdida de peso se excluye del programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el inicio de la consulta se han incluido 8 pacientes, 6 mujeres y 2 hombres. Dos de ellos acudieron a petición propia y el resto derivados por sus médicos de cabecera.

3 de ellos abandonaron el programa, dos de ellos tras las dos primeras visitas, a la implantación de la dieta (casualmente los hombres) y la otra a los 5 meses.

De los 8:

- 4 tienen registrado el test de Goldberg (50%)
- 7 tienen registrado el GEB según fórmula de Harris-Benedict (87.5%)
- 3 llevan incluidos en programa más de 6 meses, dos de ellos han conseguido los objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los cambios de hábito de vida en la población son difíciles de abordar, primero porque la población no está concienciada del problema que supone la obesidad y segundo por la dificultad que supone cambiar las pautas alimenticias insanas establecidas durante años y la instauración del ejercicio físico en personas sedentarias.

La mayoría de las personas que acuden a la consulta tienen problemas de ansiedad/depresión y baja autoestima, lo que dificulta la implantación del programa.

7. OBSERVACIONES.

Como responsable del proyecto y para ampliar conocimientos que aplicar en mi consulta estoy realizando un master en dietética y nutrición.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1466 ===== ***

Nº de registro: 1466

Título
CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas. La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

RESULTADOS ESPERADOS

1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

MÉTODO

1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9'30 a 9'45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

INDICADORES

- % de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
- % de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

DURACIÓN

Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

OBSERVACIONES

De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día. Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A mediados de 2016 se instauró en el Centro de Salud de Andorra una consulta monográfica de control de peso. Esta consulta surge como necesidad de promover hábitos saludables en la población, sobretudo en aquella diagnosticada de sobrepeso y obesidad.

A cargo de la consulta está una enfermera experta (Máster en Nutrición y Dietética Humana).

Para dar a conocer la consulta se hizo una sesión informativa a todos los profesionales sanitarios del centro y se puso en conocimiento de la población a través del Consejo de Salud.

Los pacientes son derivados a la consulta bien por cualquier sanitario del centro o a petición propia del paciente. Cumplen criterios de derivación todos los adultos mayores de 18 años con un IMC igual o mayor a 30% o IMC > al 27% y presenten además dos factores de riesgo concomitantes (diabetes, hta....).

La consulta está estructurada en diferentes visitas en las que se llevan a cabo las siguientes actividades:

Primera visita o inicial. Con una duración aproximada de 30 a 40 minutos, en ella se estudia:

La motivación del paciente: como le afecta su peso tanto en su esfera física como psicológica, que espera de esta consulta...

Historia del paciente que incluya antecedentes personales y familiares, hábitos tóxicos, tratamientos farmacológicos, actividad física, historia ponderal (evolución del peso a lo largo de la vida e historia dietética).

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg.

Medidas antropométricas (peso, talla, IMC, perímetro abdominal).

Revisión analítica completa (habrá sido solicitada por el personal sanitario que deriva al paciente), si se detectan alteraciones importantes se derivan a su médico de cabecera para valoración y tratamiento.

Gasto Energético Basal y Gasto Energético Total según fórmula de Harris-Benedict.

Se informa al paciente de su grado de sobrepeso/obesidad, así de conceptos generales sobre la obesidad (causas, consecuencias, tratamientos...). Se enfoca la consulta hacia el tratamiento dietético intentando modificar hábitos tanto de alimentación como de actividad física.

Para finalizar la visita y si el paciente está motivado y cumple criterios, se le entrega un diario dietético en el que deberá registrar las ingestas realizadas durante una semana, incluyendo un día festivo.

Si el paciente no está motivado o tiene sobrepeso sin otros factores de riesgo se le darán consejos sobre hábitos saludables.

Segunda visita. Con una duración aproximada de 30 minutos. Se realizan las siguientes actividades.

Revisión de registro semanal del diario dietético, aportando consejos al paciente sobre número de ingestas, alimentos aconsejados en cada ingesta, alimentos desaconsejados...

Se pautan objetivos de pérdida de peso (10% del peso actual del paciente en 6 meses).

Se firma contrato de compromiso por parte del paciente, comprometiéndose a seguir las pautas consensuadas en la consulta. Si incumple pautas consensuadas o no baja de peso durante tres semanas seguidas se rompe contrato.

Se entrega dieta por Intercambios en base a la Dieta Mediterránea, con restricción calórica (nunca inferior al Gasto Energético Basal), junto con lista de intercambios en función de los grupos de alimentos. Se explica en qué consiste la dieta y consejos para llevarla a cabo correctamente.

Se dan consejos sobre actividad física, siempre adecuada al paciente, informándole de las posibles actividades que se realizan en su población de residencia.

Tercera visita y sucesivas. En ellas se resuelven dudas sobre dieta y se evalúa la evolución del peso.

Inicialmente se cita a los pacientes semanalmente, cuando se ve buena evolución del peso se distancian las visitas a citas quincenales.

Visitas mantenimiento peso. Una vez alcanzados los objetivos consensuados se mantienen visitas mensuales para comprobar que el peso se mantiene dentro del peso consensuado. Tras un año de mantenimiento se da de alta al paciente.

Talleres grupales de autoayuda y alimentación saludable. A finales de 2018, y vistas las dudas de los pacientes sobre alimentación saludable, se deciden realizar dos talleres grupales. El primer taller sirve de conocimiento mutuo de los diferentes participantes del grupo en el que ponen en común su experiencia en la consulta de control de peso, sus progresos, dudas, motivaciones, problemas surgidos. Experiencia muy positiva porque confluyen pacientes que han cumplido su objetivo y están en la fase de mantenimiento y pacientes de reciente inclusión en el programa.

Además de esta puesta en común se da información tanto escrita, como mediante presentación PDF de alimentación saludable en base a:

Conceptos básicos de nutrición y alimentación: nutrientes y grupos de alimentos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Dieta Mediterránea. Pirámide nutricional.
Elaboración de un menú saludable.

Se realizan dos prácticas, la primera en la que asocian nutrientes con grupos de alimentos (para ello nos ayudamos de alimentos reales y carteles identificativos de nutrientes) y la segunda (la realizan en casa) distribuyendo los grupos de alimentos en un menú semanal en base a las recomendaciones de la Dieta Mediterránea (mediante cartulinas y gomets de dibujos de los grupos de alimentos).

Los talleres tienen gran aceptación entre los participantes, de tal modo que solicitan se repitan estos talleres mensualmente. Tras consensuar con el grupo se realiza un tercer taller dedicado exclusivamente a la confección de un Menú saludable para las fiestas Navideñas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados objetivos consulta.

Desde los inicios en 2016 han sido incluidos 50 pacientes en la consulta (40 mujeres y 10 hombres), de ellos:

4 mujeres han sido dadas de alta; 2 por alcanzar objetivos y mantener peso pautado durante un año y 2 por tener sobrepeso (1 sin factores de riesgo, otra con diabetes) tras normalizar su peso.

1 mujer ha sido excluida de la consulta y derivada a su MAP por posible trastorno de la conducta alimentaria.

22 han abandonado o han sido excluidos del programa:

14 tras las primeras visitas (5 de ellos hombres), no han aceptado los cambios en los hábitos de vida, bien sea los consejos dietéticos o los consejos en ejercicio físico habitual.

4 tras los tres primeros meses (1 de ellos hombre), 1 por incumplimiento de contrato y tres por abandono.

3 mujeres a los 6 meses, por abandono. Habían bajado de peso, pero no habían conseguido el objetivo pautado. Las tres por decisión propia deciden abandonar.

1 mujer a los 9 meses. Igualmente había bajado de peso, aunque no había alcanzado el objetivo. Decide abandonar.

23 pacientes siguen incluidos en programa, de ellos:

2 mujeres llevan un año en el programa y han cumplido objetivo de pérdida de peso. Están en fase de mantenimiento.

5 llevan 9 meses en el programa (4 mujeres y 1 hombre). 4 han cumplido objetivos y están en fase de mantenimiento, una mujer no ha cumplido el objetivo de pérdida de peso establecido pero va perdiendo poco a poco (ha perdido el 50% del objetivo del peso).

1 mujer lleva 6 meses, sin alcanzar objetivo de peso, pero con pérdida de peso progresiva.

5 llevan 3 meses en el programa (4 mujeres y 1 hombre). Todos con muy buena evolución. Alguno de ellos ya ha conseguido el objetivo de pérdida de peso.

10 pacientes son de reciente inclusión en el programa, de menos de 1 mes de evolución.

En resumen y teniendo en cuenta los diferentes indicadores podemos afirmar que:

57 % de los pacientes han conseguido una reducción ponderal > al 10% de su peso inicial en 6 meses de tratamiento (teniendo en cuenta que solo 14 de los 50 pacientes han mantenido el tratamiento 6 o más meses).

78% de los pacientes incluidos en el programa están evaluados con el cuestionario de ansiedad/depresión de Goldberg.

96% de los pacientes incluidos en el proyecto tienen evaluado el Gasto Energético Basal según fórmula de Harris-Benedict.

96% de los pacientes incluidos en el proyecto tienen evaluado el Gasto Energético Total tras aplicar el Factor de Actividad al Gasto Energético Basal.

Resultados talleres grupales. A los talleres acudieron 12 personas, 9 mujeres y 3 hombres. Para evaluar los talleres se realizan cuestionarios de Conocimientos (previos y posteriores) y cuestionarios de evaluación del taller con los siguientes resultados:

DE CONOCIMIENTOS:

Previo: 6.1 puntos sobre 10

Posterior: 8.4 puntos sobre 10

DE VALORACIÓN DEL CURSO (1 Puntuación mínima y 5 máxima):

Utilidad del taller: 4.9

Ambiente de trabajo: 4.4

Experiencia en el intercambio con otras personas: 4.4

Impacto sobre su salud: 4

Impacto sobre resultados analíticos: 3.6

Horario: 4

Duración: 5

Instalaciones: 4.2

Documentación: 4.1

Satisfacción: 4.5

Formador: 4.9

La totalidad de los participantes cree que se deberían repetir periódicamente estos talleres para reforzar conocimientos y como apoyo emocional para mantener la dieta. Todos recomendarían estos talleres.

Lo que más les interesó de los talleres y creen que mejor les puede servir son la composición de los alimentos, aprender a comer bien, hábitos alimenticios, cantidades de azúcar de los alimentos...

La mayoría solicitan se repitan los talleres, con frecuencia mensual, para reforzar conocimientos y adquirir conocimientos nuevos. Sugieren temas como aprender a leer la información nutricional de los alimentos procesados, comer fuera de casa, técnicas culinarias saludables...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los cambios de hábito de vida en la población adulta son difíciles de abordar, primero porque la población no está concienciada del problema que supone la obesidad a todos los niveles y segundo por la dificultad que supone cambiar hábitos insanos instaurados a lo largo de su vida, tanto a nivel de alimentación como de actividad física. Las recomendaciones para conseguir este cambio han de ser consensuadas entre paciente-enfermera. Se ven mejores resultados cuando el paciente decide sobre su tratamiento y más sostenidos en el tiempo.
Es llamativo como los hombres son más reacios a cambiar estos hábitos insanos, seguramente debido a que no perciben la obesidad como enfermedad y no refieren que esta les afecte psicológicamente. Los pocos que consiguen llevarlo a cabo tienen mejores resultados que las mujeres y resaltan los grandes beneficios físicos que le ha supuesto la pérdida de peso. Son buenos pacientes expertos en los talleres de autoayuda por la motivación que inculcan en el resto del grupo.
La mayoría de los pacientes que acuden a la consulta por recomendación de otro sanitario tienen motivación baja, problemas de ansiedad/depresión y baja autoestima, lo que dificulta la implantación del programa.
Debido a la progresión de la obesidad en nuestro territorio y las graves consecuencias que conllevan tanto a nivel sanitario, económico e incluso social sería imprescindible prevenir esta progresión. Una buena herramienta para ello es la consulta monográfica de control de peso, con personal sanitario preparado para ello, que sea capaz de transmitir a la población los beneficios que conllevan para su salud los cambios de hábitos insanos y les aporte herramientas para llevar a cabo este cambio.
Igualmente sería muy interesante incidir en las familias para poder corregir estos hábitos desde las primeras etapas de la vida, puesto que los hábitos instaurados en la infancia son los que perduran a lo largo de la vida. Gracias a la buena acogida de esta consulta monográfica en nuestro centro, y de los resultados obtenidos se decide mantener dicha consulta todos los martes, en horario de 9.30 a 12.30, así como los talleres grupales en alimentación saludable una vez al mes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1466 ===== ***

Nº de registro: 1466

Título
CONSULTA CONTROL OBESIDAD

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La obesidad y sobrepeso son actualmente factores de riesgo de patología crónica así como un factor de co-morbilidad, además de ser un factor de baja autoestima de las personas.
La oportunidad de mejora en el centro de salud surge por la iniciativa de una enfermera experta en este campo además, de considerarlo una necesidad sentida por este grupo de pacientes, lo que hace necesaria poner en marcha una intervención estructurada y sistemática en los pacientes obesos y con sobre peso

RESULTADOS ESPERADOS
1. Instaurar la consulta de control de obesidad en el centro de salud.
2. Dar una respuesta a los pacientes verdaderamente, quieren perder peso.
3. Ser un recurso para los profesionales médicos y enfermeras del centro de salud.
4. Conseguir que los pacientes que acudan a esta consulta cumplan sus objetivos de control de peso.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1466

1. TÍTULO

CONSULTA CONTROL OBESIDAD

1. Se abre una consulta programada, los lunes martes y miércoles en el centro de salud a cargo de una enfermera experta.
2. Se genera la agenda en OMI para la gestión de la cita. De 9 a 9,30 para primeras visitas y de 9'30 a 9'45 para visitas de seguimiento.
3. Responsable: Susana López Sauras enfermera experta
4. Derivación a la consulta: los pacientes > de 18 años, con motivación franca para perder peso, con episodio en OMI de sobrepeso u obesidad, con IMC > 25%, que previamente en el test de Golber no se detecte patología depresiva. Se excluirán los niños y adolescentes y las gestantes obesas.

INDICADORES

- % de pacientes en seguimiento con reducción ponderal > 10% a los seis meses del inicio del tratamiento
- % de pacientes evaluados con cuestionario de Goldberg
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético basal con la fórmula de Harris Benedict
- % de pacientes en tratamiento dietético en los que se ha evaluado el gasto energético total

DURACIÓN

Desde el 2016 y de forma continua a lo largo del año 2017

OBSERVACIONES

De momento se crea la consulta tres días por semana con dos pacientes por día.
Si la demanda fuera incrementándose la agenda se ampliaría para cubrir la demanda, adecuándola al resto de actividades de la enfermera responsable.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ESTHER TRILLO SALLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA
NUEZ GINES MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores: Se ha creado una comisión de calidad del centro que ha analizado periódicamente los indicadores del centro y ha realizado reuniones de comunicación al equipo con intervenciones puntuales sobre los indicadores más desviados.

De esta forma se han realizado acciones de mejora:

- Sobre indicadores de tabaquismo, formado sobre la intervención e incluyendo como indicador del contrato de los MAC a estos indicadores. Además, hemos comenzado en el mes de diciembre una consulta de deshabituación tabáquica. El resultado ha sido que por primera vez Andorra ha pasado el umbral del 50% de fumadores con intervención, subiendo 12 puntos con respecto al año anterior. Aunque en la detección de tabaquismo no se ha llegado al 50% se han mejorado 12 puntos respecto al año anterior. En cuanto al % de fumadores entre 50 y 80 años que tienen al menos una espirometría en los últimos 5 años se ha alcanzado un 30,62 % que supera el estándar excelente propuesto por el sector, habiendo mejorado un 8% este indicador en el año 2017, habiendo subido un 1% la prevalencia de diabetes.

- Planes de cuidados EPOC. Se ha formado sobre el fundamento y la implementación de estos registros habiendo sobrepasado ambos (síntomas y vías aéreas) el 50%, habiendo mejorado un 6 y un 14% respectivamente.

- Indicadores de dependencia: Manteniendo una captación de un 33% se alcanzan resultados en riesgo de caídas y Norton superiores al 90%, mientras que el Zarit (que no está en nuestro contrato) ha subido 25 puntos respecto al año pasado (54%).

- En cuanto a diabetes hemos alcanzado un resultado de 62% con glicada en los últimos seis meses mejorando 7 puntos respecto al año anterior, muy por encima de la media del SALUD. Las determinaciones analíticas tienen una cobertura cercana al 80% habiendo mejorado considerablemente respecto al año anterior. El plan de conocimientos deficientes está presente en el 63% de los pacientes (mejora de un 20%). El registro de hipoglucemia ha crecido hasta el 76%. Finalmente andamos un poco más retrasados con el registro del pie (41% con evaluación de riesgo y 56% con pie explorado). Indicador doppler: 25% de los pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con más de 10 años de evolución de la diabetes han sido evaluados con ITB en el último año.

- Citologías vaginales: Se comunicó el objetivo a la matrona. Se ha alcanzado un resultado de un 44,29% de las pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años, 15 puntos por encima del estándar excelente propuesto, en este primer año del indicador.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad. Hemos priorizado el indicador de prescripción en faringoamigdalitis en pediatría, obteniendo una mejora de un 27% (hemos pasado del 48% al 76%), pero hemos empeorado en el de antibioterapia en otitis que ha pasado de un 84% a un 75%, lo que tendremos que corregir este año.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Datos no disponibles hasta no disponer del informe de eficiencia ajustado por ACGs.

Estos son los resultados comparativos con 2016:

(2016) (2017) (mejora absol.)

- Intervención tabaquismo: 41.01 52.58 11.57

- Detección tabaquismo: 33.34 45.39 12.05

- RCV 77.92 81.46 3.54

- EPOC síntomas 47.18 53.57 6.39

- EPOC vías aéreas 41.55 55.71 14.16

- Captación dependiente 46.33 33.39 - 12.94

- Riesgo Caídas 77.47 94.37 16.90

- Norton 94.37 93.88 - 0.49

- Zarit 28.97 54.29 25.32

DIABETES:

- Riesgo del pie 41 41

- HBA1C 6 meses 55.08 62.03 6.95

- Conocim. Diabetes 43.75 63.55 19.80

- Microalbuminuria 70.63 76.59 5.96

- GFR 56.71 79.27 22.56

- Presión arterial 70.97 71.24 0.27

- LDL 72.95 81.02 8.07

- Exploración del pie 54.67 56.02 1.35

- Registro hipoglucemia 58.20 76 17.80

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. La auditoria externa realizada en Andorra encontró una pinza esterilizada hace más de 6 meses lo que nos ha obligado a implantar un sistema de control de caducidades del material estéril.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoria interna mostró que se guardaban sueros en el coche lo que dio lugar a una acción de mejora de distribución de los mismos en los maletines fuera del coche.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 29 incidencias registradas, la mayoría por averías de equipamientos del centro, desabastecimiento de vacunas que han dado lugar a acciones de mejora.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido que ha incluido reciclaje en reanimación cardiopulmonar.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas.

- Seguridad clínica: Estamos participando activamente en SINASP, habiendo participado en un análisis causa raíz. Hemos realizado sesiones de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada así como una sesión sobre atención al parto extrahospitalario.

9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 11/10/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con mejoras sensibles especialmente en la facilidad para conseguir cita y la posibilidad de escoger día y hora para su consulta, en relación probablemente con la consulta de enfermería de triaje.

10. Auditoria interna: 26/10/17. Se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes acciones de mejora:

- Las pilas del laringoscopio estaban gastadas
- Ubicación de los sueros fuera del coche.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Se mantiene la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1710 ===== ***

Nº de registro: 1710

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA, GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, TRILLO SALLEN ESTHER, HERNADEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, NUEZ GINES MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención de riesgos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Andorra está certificado desde el año 2015 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.
Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO

- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
 - o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
 - o Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
 - o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
 - o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
 - o Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO
Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1710

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON ISO 9001:2016 EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

- Mayo: revisión por la dirección
- Junio-Septiembre: auditoría interna
- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

DURACIÓN

estas actividades se realizan a lo largo del año de forma sistematizada en el propio centro.

OBSERVACIONES

POBLACIÓN DIANA

- EDAD. Todas las edades
- SEXO. Ambos sexos
- TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: todos los pacientes

LÍNEA ESTRATÉGICA

Objetivos estratégicos, comunes, inputs y outputs

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0069

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
GONZALEZ ALGAS JULIO
ALBESA BENAVENTE INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han formado 7 médicos en el sector sanitario de Alcañiz. Sin embargo, la formación reglada recibida ha consistido en solo 5 días de formación sobre la ecografía en distintas localizaciones (hepática, tiroides, vascular, ginecológica, musculoesquelética) sin profundizar en ninguna de las dos propuestas en el proyecto, lo que hace imposible desarrollar este proyecto en la forma que se había planteado (estudio de concordancia). Los profesionales que participan en el proyecto se están apuntando a cursos por su cuenta, con gran variabilidad en la experiencia acumulada.

Se ha creado un grupo de trabajo específico con la finalidad de analizar los condicionantes para la introducción de la ecografía en nuestro sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los profesionales han comenzado a desarrollar su actividad, aunque en algunos casos, la falta de formación y en otros casos la falta de tiempo protegido, en ausencia de agendas de ecografía, hayan dificultado el desarrollo del proyecto. En estos momentos los profesionales están desarrollando la curva de aprendizaje, que si no se focaliza en determinadas localizaciones, y con formación suficiente, puede tardar en alcanzarse.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de esta estrategia requiere de una formación suficiente y de la creación de agendas de tiempo protegido para desarrollarlo. Si no se reservan recursos para ello, la implantación va a ser anecdótica.

- Se considera necesario realizar una actividad docente programada en nuestro sector a lo largo del año 2019. Se ha propuesto una actividad pendiente de aprobación por la dirección

- Se considera necesario facilitar la asistencia a FOCUSS de los profesionales implicados

- Es necesario crear agendas de ecografía para disponer de tiempo protegido.

El proyecto va a continuar con el objetivo de monitorizar la implantación de la ecografía en nuestro sector, estableciendo una estrategia específica para ello.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/69 ===== ***

Nº de registro: 0069

Título
IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, GUIU CAMPOS MIGUEL, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, ALBESA BENAVENTE INMACULADA, TOMAS GUTIERREZ FERNANDO, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patología biliar y tiroidea
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0069

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO EN ATENCION PRIMARIA EN PATOLOGIA BILIAR Y TIROIDES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La escasez de radiólogos en nuestro sector se ha traducido en numerosos problemas para atención primaria: Uno de ellos es la accesibilidad a la ecografía desde atención primaria, que no solo ha disminuido por la lista de espera sino por la priorización de las pruebas solicitadas por atención especializada. En los últimos años los ecógrafos han evolucionado hacia una tecnología más barata, con mejor definición, con aparatos más pequeños y portables que han dado lugar a la denominada ecografía "point of care". Estos aparatos se están utilizando por profesionales médicos no radiólogos tanto en atención primaria como en diferentes especialidades. Existe literatura al respecto tanto en el ámbito internacional como nacional que justifica la adopción de esta experiencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la accesibilidad a la ecografía en atención primaria.
Asegurar la validez del diagnóstico ecográfico en Atención Primaria.

MÉTODO

Al menos un médico en cada centro de salud, podrá recibir peticiones de sus compañeros y realizar las pruebas que se soliciten.
Se ha dotado a 4 centros de salud (Alcañiz, Caspe, Hija, Andorra) de ecógrafos point of care. Se van a formar 6 profesionales en los centros de salud de acuerdo al programa elaborado por el Servicio Aragonés de Salud. Durante el año vamos a evaluar los resultados de las ecografías realizadas en dos localizaciones: diagnóstico de patología biliar (litiasis biliar, colecistitis, coledocolitiasis) y tiroides (bocio y nódulos tiroideos palpables). En cualquier caso estas dos localizaciones podrán cambiar en función de las reuniones que mantengamos con los responsables.
Comunicación
Se informará de la puesta en marcha, y de los resultados obtenidos en el estudio en el seno del consejo de salud de los centros de salud respectivos.

INDICADORES

En los primeros meses se realizará un estudio de concordancia interobservador repitiendo la ecografía por parte de un radiólogo experimentado, y se evaluará globalmente y en cada centro de salud. Se evaluará la concordancia en las primeras 30 ecografías de cada localización por centro de salud. Se valorará la concordancia en la presencia/ausencia de las patologías mencionadas mediante el cálculo del coeficiente kappa. El objetivo es conseguir un coeficiente kappa > 0,5 en cada localización
Se evaluará también la accesibilidad a la ecografía mediante la demora media en el centro de salud.
- Demora media para la realización de ecografías en el centro de salud (Objetivo: <30 días)
- Variación antes-después en el número de ecografías solicitadas al hospital en cada centro donde se realizan ecografías (una vez finalizado el estudio de concordancia).
- Registro de la comunicación de los resultados del estudio de concordancia en el consejo de salud de cada centro.

DURACIÓN

Formación: 12 al 15 de Marzo de 2018
Estudio de concordancia hasta conseguir número propuesto.
Evaluación: Enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL GONZALEZ ESPINOSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO ARASANZ EMMA
NAVARRO ABAD LIDIA
FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN
GASPAR BLASCO ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El curso consiste en talleres monotemáticos con las siguientes fechas de realización, contenidos y docentes, en horario de 10 a 12 en el centro ITACA de la localidad de Andorra, con la colaboración en la organización y difusión del proyecto del Servicio Social de Base de la Comarca Andorra Sierra de Arcos.

- Sesión 1: 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS/DRA. CARMEN FERRER Y ANA LAGAR, ENFERMERA
- Sesión 2: 29 de mayo : PREVENCIÓN DE ACCIDENTES INFANTILES: RAQUEL GONZALEZ, ENFERMERA
- Sesión 3: 1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y DEL HOGAR: ANA GARCIA, ENFERMERA
- Sesión 4: 5 de junio: DOCUMENTACIÓN SANITARIA: ROSA GALVE, ADMINISTRATIVA Y ANTONIO GASPAR, TRABAJADOR SOCIAL DEL SALUD
- Sesión, 5: 8 de junio: CUIDADO HIJOS/ ALIMENTACION: EMMA ROMERO, ENFERMERA DE PEDIATRIA
- Sesión 6: 12 de junio: ACTUACION ANTE LA ENFERMEDAD: DRA. LIDIA NAVARRO, PEDIATRA
- Sesión 7: 19 de junio: GRUPOS DE ALIMENTOS Y PREPARACION DE DIETAS: SUSANA LOPEZ, ENFERMERA
- Sesión 8: 22 de junio: TALLER AFECTIVO SEXUAL: PATRICIA REPOLLES MATRONA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La asistencia media de las mujeres participantes es de 18, con buena disposición y dinámica en las sesiones. Al inicio de cada sesión se realiza un cuestionario de conocimientos y otro al terminar la sesión para valorar, si la intervención ha sido eficaz.

VALORACIÓN DE CONOCIMIENTOS:

En algunas materias el nivel de conocimientos previo es bueno. Pero en todas las sesiones han ganado conocimientos.

Resultados:

1º Sesión: previo: no se realizo, y posterior: 4'9 sobre 5 preguntas
2ª Sesión: previo: 4'7 sobre 5 preguntas y posterior: 4'8 sobre 5 preguntas
3ª Sesión: previo: 7 sobre 10 preguntas y posterior:10 sobre 10 preguntas
4ª Sesión: previo: 4'9 sobre 5 preguntas y posterior: 5 sobre 5 preguntas
5º Sesión: previo: 4'4 sobre 5 preguntas y posterior: 4'9 sobre 5 preguntas
6º Sesión: previo: 2'7 sobre 5 preguntas y posterior: 4'4 sobre 5 preguntas
7º Sesión: previo: 5'6 sobre 10 preguntas y posterior: 6'3 sobre 10 preguntas
8º Sesión: previo: 3'9 sobre 5 preguntas y posterior: 4'0 sobre 5 preguntas

A priori se subestimó la capacidad de las participantes, por lo que se consideró que 5 cuestiones con verdadero/falso, serían suficientes, y se puede deducir por los resultados que tienen más conocimientos de los que creíamos enmascarar por dificultad de comunicación por la barrera idiomática (muchas no hablan Español aunque todas lo comprenden).

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LAS MADRES PARTICIPANTES, con escala liker de valoración del 1 al 5. Se puede concluir que en general es muy satisfactoria la valoración de las asistentes y el cien por cien de ellas recomendarían el taller.

VALORACIÓN DE LOS 10 PROFESIONALES QUE HAN PARTICIPADO EN EL PROYECTO, opinan sobre:

- El proyecto: todos volverían a participar, consideran que la organización he información dad es suficiente
- La sesión que han impartido: el tiempo para la preparación y la exposición ha sido adecuado, el horario en el que se ha desarrollado (de 10 a 12 h) lo consideran adecuado excepto una persona que considera que mejor un poco más tarde, la dinámica establecida en el desarrollo de la sesión también en general la consideran adecuada.
- El lugar de celebración: todo opinan que es muy adecuado las instalaciones y el aula excepto el último día que hacía mucho calor, y valoran muy adecuado el servicio de guardería.
- El grupo de mujeres participantes: la actitud y la predisposición la consideran adecuada, han estado muy atentas aunque la barrera del idioma has sido un inconveniente pero que se ha resuelto con la traducción de las más jóvenes a las que no entendían tanto. En general han cambiado la opinión sobre ellas considerándolas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

más capaces de lo que creían y ha supuesto un mayor acercamiento hacia este colectivo.

INDICADORES DE FRECUENTACIÓN

- Mujeres participantes: 22, media de edad 34 años (de 19 a 53 años)
- Hijos: 53 (0 a 16 años)

•La FRECUENTACIÓN en general ha bajado ligeramente y en términos globales ha pasado de promedio de 8'66 visitas en 2017 a 7'82 visitas en 2018.

•Los MOTIVOS DE VISITA son justificados, golpe, contusión amigdalitis, bronquitis, dolor abdominal... y se observa que tras la visita a urgencias se reconducen a su MAP pediatra. La mayor frecuentación en la matrona se debe al seguimiento de embarazo. Ya que tienen un promedio de hijos de 3 (desde 1 hasta 5 la que más)

•ALIMENTACIÓN E HIGIENE adecuada o inadecuada (DGP):

Ninguna de las madres tiene registro sobre si la alimentación es adecuada o inadecuada, esto es debido a que acuden a consulta, como demanda y no en programada, a pesar de alguna con dislipemia y dos diabéticas.

En cambio el 100% tiene una analítica 50 % en el último año y el resto en los últimos 3 años (esto también los explicaría el seguimiento de la mujer embarazada).

Niños: 42 (79%) de los 53 niños tienen una adecuada higiene y alimentación según registro de OMI ap

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS: 16 de las 22 mujeres (72 %) tienen o toman algún método anticonceptivo:14 anti-concepción hormonal (87,5%), 3 DIU, 4 no quieren y 2 no consta registro.

CITOLOGIA: 11 (50%) de las 22 mujeres tienen una citología normal en los últimos 3 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No se pueden tener valores y creencias preconcebidas y hay que acercarse al colectivo de mujeres árabes/inmigrantes ya que aun a pesar de la dificultad del idioma se esfuerzan y tienen ganas de aprender. Es verdad que el apoyo de servicios sociales es importante. A los profesionales nos ha resultado muy satisfactorio trabajar con este grupo de mujeres y la relación cuando acuden al centro a cambiado tanto por parte de las mujeres "que ya nos ponen cara" como por parte de los profesionales que ya las conocemos un poco más.

7. OBSERVACIONES.

A pesar de ser un proyecto con muchos profesionales implicados, se ha realizado en horario de mañana y todos han participado y les ha resultado agradable la experiencia.

La coordinación y comunicación con servicios sociales ha sido muy satisfactoria.

Para conseguir una mayor participación se dispuso de servicio de guardería (en el local de celebración del curso), para que las madres no se preocuparan por el cuidado de sus hijos y pudieran asistir

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1129 ===== ***

Nº de registro: 1129

Título
ESCUELA DE MADRES

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, ROMERO ARASANZ EMMA, NAVARRO ABAD LIDIA, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, GASPAS BLASCO ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: prevención y cambio de hábitos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto surge a petición de las trabajadoras del servicio social de base, que tienen un grupo de mujeres inmigrantes marroquíes y paquistaníes, con las que ya están trabajando habilidades sociales y ven la necesidad de trabajar hábitos de salud.

Las mujeres marroquíes en la zona no son muchas, pero si son frecuentadoras de los servicios de urgencias, y están solas, con sus maridos e hijos, relacionarse solo con su propio colectivo, por eso la oportunidad de trabajar con el colectivo, para además de educar en salud tengamos un mayor acercamiento al colectivo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

sepamos más de sus problemas y eliminemos valores y prejuicios que en ocasiones se tienen con este colectivo.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: que las participantes ganen conocimientos que apliquen a su vida diaria.

Específicos:

- Qué sepan cómo actuar ante una situación de urgencia.
- Qué identifiquen los distintos grupos de alimentos.
- Qué sepan la documentación que precisan para recibir asistencia sanitaria y donde acudir para tramitarla.
- Qué aprendan la importancia de la higiene personal y del hogar en la prevención de enfermedades.
- Qué sepan como preparar dietas adecuadas a sus necesidades.
- Qué sepan el tipo alimentos que se deben dar a sus hijos.
- Qué sepan cómo prevenir accidentes infantiles.
- Qué sepan cómo actuar ante la enfermedad y que medidas deben de tomar para evitar complicaciones.
- Medidas de control de la natalidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

MÉTODO

La idea surge de las trabajadoras sociales de la Comarca. de forma directa se contacta con la coordinadora de enfermería del centro de salud, y ella pregunta a enfermeras y diversos profesionales si les apetece colaborar y cómo, y de hay van surgiendo diferentes sesiones con contenidos interesantes.

Se crea un grupo whatasap a través del cual, se va dando toda la información y se va estructurando las sesiones, los horarios y los contenidos.

La vía de comunicación sera, directa hablando entre nosotras, a través de correo electrónico, de teléfono con las trabajadoras de la comarca.

Recursos materiales: folios, fotocopias, powert point, muñeco para RCP, carpetas para documentación (lo pone la comarca).

INDICADORES

- Valoración del nivel de conocimientos en cada sesión con cuestionario previo y posterior.
- Ganancia de conocimientos en cada sesión.
- Valoración de la satisfacción, de las participantes, mediante cuestionario de valoración en cada sesión.
- Número de visitas a urgencias/ numero de visitas a consulta, de estas mujeres (OMI AP)
- Número de visitas a pediatría con cita previa/ total de las visitas a pediatría (OMI-AP)
- Número de visitas a consulta de las mujeres con cita previa/total de las visitas (OMI-AP)
- DGP. Alimentación adecuada en los hijos de estas mujeres/ alimentación inadecuada. (OMI-AP)
- DGP. Higiene adecuada en los hijos de estas mujeres/ higiene inadecuada. (OMI-AP)
- Número de visitas urgentes de sus hijos con motivo de asistencia accidente/caída/total de visitas urgentes (OMI-AP)
- numero de mujeres que acuden a la consulta de la matrona /total de mujeres sobre las que se ha intervenido.
- DGP método anticonceptivo que usa/ numero total de mujeres sobre las que se ha intervenido

DURACIÓN

Sesiones de 2 horas de 10 a 12 de la mañana, en el centro ITACA de Andorra que cuenta con guardería para que los niños puedan estar atendidos, mientras las madres están en el curso.

CRONOGRAMA 2018:

- 25 de mayo: PRIMEROS AUXILIOS: Dra. Ferrer, Ana lagar, enfermera
- 29 de mayo: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LA INFANCIA: Raquel Gonzalez, enfermera
- 1 de junio: HIGIENE PERSONAL Y LIMPIEZA: Ana Garcia, enfermera
- 5 de junio: DOCUMENTACIÓN Y USO DEL SISTEMA SANITARIO: Rosa Galve, administrativa y Antonio Gaspar, Trabajador social.
- 8 de junio: ALIMENTACIÓN Y CUIDADO DE HIJOS, Emma Romero, Enfermera de pediatría,
- 12 de junio: ACTUACIÓN ANTE LA ENFERMEDAD, Dra. Lidia Navarro, medico de familia, actualmente en funciones de pediatra.
- 15 y 19 de junio, ALIMENTACIÓN Y DIETAS, Susana López, enfermera.
- 22 de junio, MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y ATENCIÓN A LA MUJER, Patricia Repolles, matrona

OBSERVACIONES

Realizar la actividad dentro del horario laboral, facilita la implicación de los profesionales. Los recursos sociales de la localidad también facilita la comunicación y la organización de este tipo de proyectos.

El reto de este proyecto es el grupo al que va dirigido, ya que son mujeres marroquíes y paquistaníes con un nivel de español, en algunos casos escaso, por lo que la aintervención debe ser muy visual y didáctica para que se entienda y se logren los objetivos.

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1129

1. TÍTULO

ESCUELA DE MADRES

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR VAQUE BIELSA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAHOZ MACIPE CONCEPCION
FERRER OBON JOSE LUIS
MATEO LOPEZ MARIA
PAREDERO EGAÑA MAITANE
ARVELO PLASENCIA DAVINIA
DE JUAN BARQUILLA BEATRIZ
AGUIRAN ESQUES CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado las intervenciones en los colegios de primaria de la localidad de Andorra, el Manuel Franco Royo y Juan Ramon Alegre, los días 10 de junio y 13 de junio respectivamente.
Se ha intervenido sobre un total de 66 alumnos de 6º de primaria de los cuales, 28 chicas y 28 chicos.

La INTERVENCIÓN consiste en:

1.Charla informativa sobre el tabaquismo y la EPOC, mediante pacientes expertos (fumador activo y epoc), junto con dinámicas participativas grupales, con los alumnos para que tomen conciencia de los efectos del tabaco. (Ver actividades)

2.Presentación en power point para reforzar conceptos.

3.Cuestionario previo y posterior de conocimientos, para evaluar la ganancia de conocimientos.

4.Cuestionario de satisfacción sobre la intervención realizada. Encuesta sobre el hábito tabáquico.

5.Entrega de hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

Para la elaboración del proyecto y la organización de las actividades se realizaron reuniones entre los miembros del equipo y con los equipos directivos de ambos colegios para concretar día, hora, objetivos y dinámicas de la intervención. Posteriormente se informa de los resultados de la intervención al equipo directivo y tutores de ambos colegios.

MATERIALES Y RECURSOS:

1.Profesionales médicos y enfermeras de atención primaria y paciente experto.

2.Materiales didácticos para las diferentes actividades: papelograma, rotuladores, cigarrillos gigantes con "falsos mitos".

3.Hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

4.Cuestionarios de conocimientos y satisfacción.

5.Encuesta sobre hábitos relacionados con el consumo de tabaco, y documento de información y autorización de los padres o tutores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. COLEGIO MANUEL FRANCO ROYO:

1.1. CONOCIMIENTOS:

1.1.1. media del cuestionario PREVIO: 9'2/12

1.1.2. media del cuestionario POSTERIOR: 10 /12

1.2. SATISFACCIÓN: (medido en escala liker sobre 5 ítem, con dibujos aclaratorios de caras).

1.2.1. La considera UTIL: 4'82/5

1.2.2. La INFORMACIÓN recibida me será útil: 4'69/5

1.2.3. La información puede AYUDARME A NO FUMAR: 4'69/5

1.2.4. RECOMENDARIA EL TALLER: 23/23 100%

1.2.5. SATISFACCION GENERAL CON EL TALLER: 4'69/5

1.3. HABITOS SOBRE CONSUMO DE TABACO: dos familias no autorizan para cumplimentar el cuestionario de hábito tabáquico.

1.3.1. Sobre el consumo: 6 de los 21 alumnos que cumplimentan el cuestionario reconocen que han fumado alguna vez, de estos, 4 dicen que cigarrillos, 2 que fuman colillas y todos (6) han fumado en cigarrillo electrónico (vaper) y otros 3 afirman vapear, pero no consideran que eso sea fumar. De los que reconocen fumar, 2 dicen que les gusta y que empezaron por curiosidad (6) y por qué lo hacen sus amigos (2), y si no fuman sus amigos no les dicen nada, a 3 dicen que les relaja fumar y 4 contestan otros, pero no especifican. Consiguen el tabaco 3 dicen que, comprándolo, 4 afirman que se lo compran otros y 1 dice que se lo quita a algún adulto.

1.3.2. Sobre ambiente de consumo: Preguntados por los familiares que fuman en su entorno contestan: 13 padres, 12 madres, 7 hermanos 12 que tíos y 2 que amigos. Preguntados sobre si fuman en casa 10 y 4 dicen que además en el coche.

2. COLEGIO JUAN RAMÓN ALEGRE:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

1. CONOCIMIENTOS:
1. media del cuestionario PREVIO: 10/12
2. media del cuestionario POSTERIOR: 12 /12
2. SATISFACCIÓN: (medido en escala liker sobre 5 ítem, con dibujos aclaratorios de caras): La considera ÚTIL: 4'82/5. La INFORMACIÓN recibida me será útil: 4'30/5. La información puede AYUDARME A NO FUMAR: 4'65/5. RECOMENDARÍA EL TALLER: 43/43 100%. SATISFACCIÓN GENERAL CON EL TALLER: 4'39/5
3. HÁBITOS:
- Sobre el CONSUMO: solo 2 de los 43 alumnos que cumplimentan el cuestionario reconocen que han fumado alguna vez, y han fumado cigarrillos y vapor. Aunque les hemos preguntado si habían probado el vapor en la clase y han levantado la mano 10 alumnos, por lo que vapear no lo consideran fumar y dicen que empezaron por curiosidad y si no fuman sus amigos no les dicen nada, uno dice que les relaja fumar y el otro dice que no le produce nada. Dice que consigue el tabaco quitandoselo a un adulto.
- Sobre AMBIENTE DE CONSUMO: Preguntados por los familiares que fuman en su entorno contestan: 13 padres, 9 madres, 3 hermanos 18 que tíos y 18 que amigos. Preguntados sobre si fuman en casa 18 y 11 dicen que además en el coche.
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1º. Que los chavales NO CONSIDERAN EL VAPEAR COMO ALGO PERJUDICIAL.
2º. Reconocen que:
- Han vapeado 19 chico/as de los 66 alumnos (28,78 %) y
- Han fumado tabaco en cigarrillo 6 alumnos (9%).
3º. Que la INTERVENCIÓN a esa edad es muy OPORTUNA, ya que es una época de cambios más propenso a iniciarse en el hábito tabáquico y la encuesta de hábitos nos la confirmó. Así se refleja en las encuestas de satisfacción.
4º. El grupo de trabaja en comunitarias considera necesario la intervención a este grupo de alumnos y se propone hacer seguimiento en el IES de Andorra para el próximo año y se consolida
7. OBSERVACIONES.
• Las escuelas en las que se ha realizado la intervención están dentro de la red de "Escuelas promotoras de salud"
• A este proyecto se han incorporado los MIR del centro de salud de Andorra, de la unidad docente de Alcañiz.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/76 ===== ***

Nº de registro: 0076

Título
PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

Autores:
VAQUE BIELSA MARIA PILAR, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, GARCIA LOPEZ ANA MARIA, FERRER JOSE LUIS, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Sensibilización de la población

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La EPOC es una enfermedad crónica que supone la 4ª causa de muerte en el mundo y también en nuestro país suponiendo el 11'4 % de las muertes. Y la principal causa de EPOC es el tabaquismo.
La detección e intervención sobre el consumo de tabaco, en la zona básica de salud de Andorra, a los mayores de 18 años, en el pasado años 2017 fue de aproximadamente el 55 % de la población, quedando un amplio margen de mejora, por ello la sensibilización de la población es un pilar fundamental en la prevención de la EPOC y el abordaje del tabaquismo, así como la prevención del mismo.
La atención integral a la EPOC como objetivo estratégico de nuestro centro de salud, contempla como actividad preventiva la intervención comunitaria.
La actividad se dirige a escolares de 6º de primaria de los colegios de Manuel Franco Royo y Juan Ramón Alegre de la localidad de Andorra (Escuelas promotoras de salud). Entendemos que la prevención debe iniciarse en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0076

1. TÍTULO

PROYECTO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA CON ESCOLARES PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO

población más joven y en especial los adolescentes entre 14 y 15 años, edad de inicio en el consumo de tabaco de la población en general.

RESULTADOS ESPERADOS

PRINCIPAL: Que los adolescentes de 6º de primaria no se inicien en el consumo de tabaco.

SECUNDARIOS:

1. Sensibilizar a los adolescentes de 6º de primaria sobre las consecuencias del consumo tabaco.
2. Que aumenten sus conocimientos sobre el tabaquismo y la EPOC
3. Conocer si fuman, han fumado o si son fumadores pasivos

MÉTODO

Reuniones previas entre los profesionales que elaboran el proyecto y la intervención así como con el profesorado.

1. Encuesta sobre consumo de tabaco, previamente al día de la intervención.
2. Charla informativa sobre el tabaquismo y la EPOC, mediante pacientes expertos (fumador activo, fumador en fase de deshabituación tabáquica, epoc leve y epoc severo)
3. Presentación en power point para reforzar conceptos.
4. Cuestionario previo y posterior de conocimientos, para evaluar la ganancia de conocimientos.
5. Cuestionario de satisfacción sobre la intervención realizada. Encuesta sobre el hábito tabáquico.
6. Entrega de hoja resumen y de recursos que ofrece el centro de salud para la prevención y deshabituación tabáquica.

INDICADORES

1. Número de alumnos de 6º de primaria que asisten a la intervención
2. Número y % de alumnos que de 6º de primaria que han fumado en alguna ocasión
3. Valoración de los conocimientos antes y después de la intervención
4. Valoración de la satisfacción de los alumnos.

DURACIÓN

Intervención de de 50 minutos en el aula.

Calendario de intervención pendiente de cerrar fechas con los tutores de los alumnos.

OBSERVACIONES

Se podría evaluar el consumo de tabaco a través de encuesta en el IES en años sucesivos pero no todos sobre los que se intervenga van a estar en el IES (esto daría para otro proyecto estudio de mayor alcance).

Valoración del consumo de tabaco en las revisiones del niño sano.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0082

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ANA BELEN LAGAR GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRER BUJ CARMEN
ROMERO ARASANZ EMMA
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA
GINES BIELSA MARIA JESUS
MORALES VILLANUEVA JUAN CARLOS
NUEZ GINES MARIA TERESA
VILLANUEVA AZNAR CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1º Reunión con el grupo de comunitarias del centro para concretar actividades.
- 2º Reunión con los equipos directivos de los colegios de preescolar de la localidad, Manuel Franco Royo y Juan Ramón Alegre.
- 3º Solicitud de permisos para disponer de la ambulancia los días concretados para la intervención.
- 4º Desarrollo de la actividad los viernes, días 1 de marzo y 14 de junio de 2019, de 10'30 a 14 horas: Son recibidos por el equipo que va a realizar la intervención y cada uno se presenta y explica en que consiste su trabajo.
Se plantea como una demanda para "su peluche", porqué "esta malito", (deberán traer un peluche de casa).
Se dividirán en grupos de 5-6 niños y se irán rotando por los diferentes servicios haciendo actividades en cada uno de ellos:
 1. Transporte urgente en ambulancia: el personal del 061 les enseñara el equipamiento de la ambulancia y sus funciones.
 2. Servicio de urgencias: explicarán cuál es su trabajo y las instalaciones y allí se planteará por qué acuden de urgencias con su peluche y se atenderá su demanda.
 3. Sala de vitales: se explica el aparataje y el objeto de la sala a diferencia de la de visita de urgencias.
 4. Esterilización y observación: se explica para que sirve esa sala y la importancia de la limpieza y esterilización del material.
 5. Servicio de pediatría y matrona: servicios que prestan estas unidades, se explicara la importancia de la vacunación, y como deben conservarse y el control de la temperatura de las neveras. Y la matrona les enseñara cuáles son sus funciones.
 6. Quirófano, donde se les explicara que allí se hacen pequeñas intervenciones quirúrgicas, y la importancia de la limpieza y la asepsia.
 7. Servicio de admisión: servicios que prestan y profesionales que trabajan en ella y funciones.
 8. Pruebas complementarias: servicios que prestan: extracción y recogida de muestras, ECG, espirómetros, cooxímetro.
 9. Vista de los almacenes de farmacia y fungible: donde la auxiliar explicara cuál es su función, y la importancia del orden y control de los almacenes.
 10. Consultas de adultos del médico y la enfermera de familia: visitaran las consultas de los médicos y enfermeras pasando por la puerta que comunica las consultas entre sí al objeto que vean como se organizan y distribuyen y por qué. (Se simulará una visita programada por que su peluche esta malito. (dolor de oídos, dolor de barriga, dolor de garganta, fiebre...)
 11. Fisioterapia y gimnasio de rehabilitación: que los profesionales que trabajan en el servicio expliquen cuál es su trabajo y para qué sirven los aparatos que tienen.
 12. Aula docente: finalizamos la visita con la explicación de la actuación ante una persona inconsciente: llamar al 061, la posición de seguridad y RCP con sus peluches a través de un video ("había una vez...")
Para controlar las rotaciones de los niños por los diferentes servicios, se les entrega una "cartilla de visita" con dibujos relacionados, para que luego puedan pintar en su casa o en el colegio.
Para finalizar se les entregara un pequeño kit de urgencias a cada uno de los niños.

Recursos necesarios:

- Profesionales implicados de distintos estamentos: Enfermeras, médicos de familia, MIR, auxiliar de enfermería, auxiliares administrativos, celadores, fisioterapeuta, matrona, médico 061, técnicos 061, conductor ambulancia, técnicos de SASAM.
- Peluches y colchonetas
- Material audiovisual.
- Material fungible de primeros auxilios: gasas, guantes...
- Ambulancia de SVB
- Cuños y pegativas de control para cartilla de visitas.
- Teléfono móvil.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Se ha realizado la intervención con 79 alumnos de tercero de infantil (5 años). 35 del colegio Manuel Franco Royo y 44 del Juan Ramón Alegre. El 100 % de los alumnos de tercero de infantil de la localidad de Andorra.
2. Los profesores trabajan en el aula antes de venir al centro como llamar al 112, lo que conocen del centro

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0082

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

de salud.

3. En la intervención los alumnos aprenden a poner a una persona en posición lateral de seguridad, aprenden a identificar a una persona inconsciente cómo llamar al 112 y cuando deben hacerlo. Todo esto se practica en la intervención.

4. Posteriormente los profesores en el aula recuerdan y repasan lo aprendido en el centro de salud.

5. Los niños y profesores se van muy contentos de la intervención porque "conocen cosas del centro que no conocían", los padres también nos comentan los días posteriores que los niños están muy contentos con la visita y la cartilla de visitas sirve para recordar lo aprendido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. A pesar de que los niños parezcan frágiles y pequeños para iniciar una RCP, son capaces de poner a un adulto en posición lateral de seguridad ellos solos, y son capaces de llamar al 112 desde los teléfonos móviles.

2. La valoración de este proyecto tanto de los profesionales que participan, como de los alumnos, profesores y padres es muy gratificante, la interacción con los niños y la capacidad que tienen de ponerse en el lugar del adulto, con su peluche como centro de la atención sanitaria que reciben en el centro.

3. Es un proyecto consolidado que se queda ya establecido como actividad tanto de las escuelas promotoras de salud que participan como de nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

En este proyecto se implica TODOS los miembros del equipo en Andorra, aunque solo consten en esta memoria los 8 componentes del equipo de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

Autores:
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, FERRER BUJ MARIA DEL CARMEN, ROMERO ARASANZ EMMA, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, GINES BIELSA MARIA JESUS, MORALES VILLANUEVA JUAN CARLOS, NUEZ GINES MARIA TERESA, VILLANUEVA AZNAR CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La formación en primeros auxilios es fundamental para disminuir los efectos derivados de un accidente. Se ha visto que la edad no debe ser un obstáculo para esta formación, se debe adecuar la información y formación al colectivo al que se dirige.

La experiencia previa con preescolares de nuestra localidad, fue muy exitosa, tanto en satisfacción por parte de los docentes y los alumnos como del equipo de atención primaria.
La colaboración entre las escuelas promotoras de salud de nuestra localidad y nuestro centro de salud, es una dinámica que favorece las relaciones entre ambos colectivos.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Qué aprendan a llamar al 112, posición lateral de seguridad, iniciación a las maniobras de RCP, así como actuación ante algunas urgencias.
2. Qué los escolares conozcan los servicios que ofrece el centro de salud, desde la perspectiva de usuario y no sólo de paciente, ya que el objeto de la visita es un tercero, su peluche, que será el paciente.

MÉTODO

Reuniones del grupo de comunitarias del centro de salud, para valorar la oportunidad del proyecto, y nombrar responsable del proyecto.
Reuniones con los profesores de las escuelas promotoras de salud de la localidad: Manuel Franco Royo y Juan Manuel Alegre. Valorar los conocimientos previos a la intervención (lo trabajarán en el cole antes de venir

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0082

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS A PREESCOLARES: "MI PELUCHE ESTA MALITO"

al centro).

Reunión de coordinación para definir funciones, circuitos, contenidos y responsables en cada servicio.

Taller práctico:

1. Aviso al 112, posición de lateral seguridad y maniobras de RCP, que son y cuando hay que comenzar a realizarlas.
2. Accidentes por caídas, traumatismos, quemaduras, heridas o cortes.
3. Actividades preventivas para escolares: vacunación
4. Urgencias y visitas programadas a los servicios sanitarios.
5. Visitar las instalaciones del centro de salud, para que conozcan los diferentes servicios que ofrece: rehabilitación, admisión, urgencias, pediatría, matrona, atención a adultos, servicio de limpieza y lavandería, pruebas complementarias, ambulancia del 061, almacén y farmacia y esterilización.

INDICADORES

1. Valoración de conocimientos previos, mediante pictogramas (adecuado al nivel de los alumnos y trabajado con el profesorado).
2. Valoración de la satisfacción y de conocimientos mediante encuesta verbal al terminar la intervención en el Centro de Salud

DURACIÓN

Fecha pendiente de concretar con los tutores.

Una sesión por curso/escuela promotora de salud en el primer semestre del año.

Viernes en horario de mañanas de 12 a 14 horas.

OBSERVACIONES

Se hace en horario laboral gestionar agendas para que los profesionales tengan tiempo disponible.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0085

1. TÍTULO

PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA GARCIA LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ AYALA ENRIQUE
LOPEZ SAURAS SUSANA ISABEL
VAQUE BIELSA MARIA PILAR
TRILLO SALLAN ESTHER
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
MARIA CARMEN MOLINA ALMIRON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Los profesionales implicados en el proyecto (médico y enfermera) recibieron formación, en la unidad formadora del HUMS el día 21 de febrero de 2019.
2. En marzo se elaboró el proyecto y se adaptaron todos los documentos anexos, que se requieren para la formación, registro y seguimiento de los pacientes.
3. Se presentó el proyecto y la documentación a la Dirección de atención Primaria, a los hematólogos del sector de Alcañiz y al equipo de atención primaria.
4. El 6 de junio de 2019 se presentó en junta técnica asistencial a los coordinadores de los equipos de atención primaria del Sector de Alcañiz.
5. El 26 de marzo comenzó la formación grupal de pacientes. Se han realizado 6 cursos los días: 26 de marzo, 18 de junio, 20 de julio, 17 de septiembre, 21 de octubre (Caspe), y 12 de noviembre del año 2019. Formando a un total de 24 pacientes.
6. Se realizó una sesión clínica el 21 de octubre, en el centro de salud de Caspe dirigido a médicos y enfermeras, con la participación de 18 profesionales.
7. Se ha formado a los seis médicos internos residentes de cuarto año, de la unidad docente de Alcañiz, así como a otros MIR de segundo y tercer año del centro de salud de Andorra, a la vez que se realizaba la formación a pacientes.

Recursos necesarios:

1. Mínimo un médico y una enfermera, responsables de la unidad de formación y control.
2. Gloaculómetros para pacientes, cartillas de control, tiras y guías del Salud para pacientes.
3. Opcional: folletos asociación ASANAR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1°. Se ha formado a 24 pacientes: 10 mujeres y 14 hombres.
 - Derivados: 2 desde C. S. Alcorisa, 1 del C.S. Caspe, 3 del servicio de hematología del Hospital de Alcañiz y 1 del servicio de hematología del HUMS y el resto 17, derivados de los médicos del C.S. Andorra.
 - Con un promedio de 61 años de edad oscilando entre 84 y 36 años, con la excepción de una niña de 9 años.
 - Formación a 23 pacientes y 1 mama cuidadora. 3 vinieron acompañados: con sus parejas y 1 con su hija.
- 2°. Se ha creado una agenda específica de ATA0, para facilitar la derivación de los pacientes a este servicio.
- 3°. Se ha implantado el circuito de derivación en el sector, cumplimentando el anexo 1 y enviándolo al C. S. de Andorra y posterior gestión de la solicitud.
- 4°. Se ha integrado y sistematizado la formación grupal de forma que en cuanto hay 5 derivaciones se realiza la formación.
- 5°. Se han formado al 100% de los pacientes derivados y susceptibles de nuestra zona de salud, ya que a fecha 31 de diciembre no tenemos ninguna derivación pendiente de formación.
- 6°. Promedio de controles fuera de rango por paciente en relación al total de los controles del paciente, a los tres meses (19 pacientes) y seis meses (15 pacientes) de su autocontrol. (Datos extraídos de las hojas de control de los pacientes en autocontrol):
 - Controles fuera de rango del total de controles, a los 3 meses (12 semanas): Promedio de 1'0 controles fuera de rango/ 12 controles.
 - Controles fuera de rango del total de los controles, a los 6 meses de su autocontrol (24 semanas): Promedio de 3'4 controles fuera de rango/24 controles
- 7°. Promedio de controles dentro de rango por paciente en relación al total de los controles del paciente, a los tres y seis, meses de su autocontrol. (Datos extraídos de las hojas de control de los pacientes en autocontrol):
 - Controles dentro de rango del total de controles, a los 3 meses (12 semanas): Promedio de 11 controles en rango/12 controles
 - Controles dentro de rango del total de los controles, a los 6 meses de su autocontrol (24 semanas): Promedio de 19'8 controles en rango/24 controles.
- 8°. Se observa una variación entre el "0 y 9 controles fuera de rango, en los 15 pacientes que llevan 6 meses

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0085

1. TÍTULO

PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

de ATAO, sienten el 2 el número de controles fuera de rango que más se repite (Datos extraídos de las hojas de control de los pacientes en autocontrol):

9°. Número de complicaciones, hemorragias, embolismos o hematomas, registrados en HCE desde el inicio en autocontrol hasta el 31 de diciembre de 2019: "0"no existe constancia en HCE de complicaciones en estos pacientes.

10°. Número de pacientes excluidos del programa: de los 24 pacientes formados sólo 1 (0'24%) ha salido del programa por falta de capacidad cognitiva e intelectual para garantizar el buen control en ATAO, (se liaba con los niveles y la dosis poniendo de manifiesto que no entendía las fracciones $\frac{3}{4}$, $\frac{1}{2}$...) volviendo al control por su médico y enfermera de atención primaria.

11°. Ganancia de conocimientos tras el curso de formación: (datos extraídos de los cuestionarios que han cumplimentado los participantes)

- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario previo: 3'7/10
- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario posterior: 7'8/10

12°. Satisfacción con el curso: datos extraídos de los cuestionarios que han cumplimentado los participantes) Podemos resumir que la satisfacción con el curso es alta 4'79/5 y el 100% recomendarían el curso. Entre las valoraciones que hacen los participantes destaca la autonomía que les da el autocontrol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1°. La edad a priori no debe ser un criterio de exclusión ya que la media de edad es de 61 años con buen manejo de la dosis y las variaciones del INR.

2°. Una vez los pacientes reciben la formación, manifiestan que tienen un mejor control de su INR ya que se hacen controles semanales. En caso de enfermedad o interacción con otros medicamentos les permite ajustar la dosis de anticoagulante a su estado de salud, así como ante extracciones dentales.

3°. La sostenibilidad del proyecto se garantiza si no hay problema en el suministro de coagulómetros y tiras para el autocontrol, ya que a lo largo de este periodo hemos tenido dificultades para conseguirlos, en especial las tiras. Los coagulómetros nos los proporciona la responsable de la línea de coagulación de Roche, que actualmente está en otra zona pendiente de que se nombre a otra responsable en esta zona.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto queda implantando en nuestro centro. Se produce un cambio del médico de referencia de la unidad de formación de ATAO, que será el Dr. Perez Casanova, en lugar del Dr. Martinez por traslado de este último.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/85 ===== ***

Nº de registro: 0085

Título
PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

Autores:
GARCIA LOPEZ ANA MARIA, MATINEZ AYALA ENRIQUE, LOPEZ SAURAS SUSANA, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, TRILLO SALLAN ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso racional del medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante el año 2009, el Departamento de Salud y Consumo puso en marcha un proyecto para mejorar la accesibilidad de los pacientes al control del tratamiento Anticoagulante Oral (TAO)
Actualmente en nuestro centro sólo hay un paciente dentro de este programa. Aunque cada vez son más los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0085

1. TÍTULO

PROYECTO DE FORMACION A PACIENTES ANTICOAGULADOS PARA EL AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO

pacientes anticoagulados con capacidad para el autocontrol del tratamiento.

El pasado año una enfermera de nuestro centro se formó mediante el programa FOCUS, en este programa.

El representante de Teruel de la asociación ASANAR (asociación de anticoagulados de Aragón), en el consejo de Salud celebrado el jueves 7 de febrero de nuestra zona de Salud. Traslado la demanda del autocontrol entre los pacientes anticoagulados de nuestra zona básica de salud.

El autocontrol consiste en que el paciente mediante un coagulómetro portátil, y sin necesidad de desplazarse al hospital o centro de salud, pueda realizarse su propio control semanalmente y ajustar la dosis del anticoagulante con el fin de reducir las complicaciones.

Para esto es preciso que el paciente conozca: conceptos generales de la coagulación, y las particularidades de su tratamiento y además instrucción sobre el manejo del coagulómetro y cómo ajustar la dosis en función del resultado.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Aumentar el número de pacientes anticoagulados en autocontrol del tratamiento, en el sector de Alcañiz.
2. Mantener el valor del INR de estos pacientes dentro de los valores de referencia según su patología y tratamiento.

MÉTODO

1. Formación de profesionales de nuestro equipo, para ser formadores de pacientes y de otros formadores profesionales.
2. Oferta de formación a grupos de pacientes.
3. Seguimiento de los mismos creando una consulta monográfica específica, (jueves de 8'30 a 10 horas)

INDICADORES

1. Número de pacientes anticoagulados, formados en autocontrol, del total de pacientes susceptibles de entrar en el programa de nuestra zona de salud (listado propuesto por los médicos y enfermeras del centro de salud).
2. N° de controles fuera de rango por paciente, en relación al total de los controles del paciente.
3. N° de controles en rango por paciente, en relación con el total de los controles del paciente.
4. N° de complicaciones (hemorragias, embolismos o hematomas) por paciente en el periodo de estudio.
5. Evaluación de resultados a los tres meses de la formación de cada grupo y al finalizar el año 2019.

DURACIÓN

1. Formación de los profesionales: febrero de 2019
2. Marzo 2019: Creación del circuito de derivación de los pacientes seleccionados para la formación, y protocolo del seguimiento de los pacientes en auto-control.
3. Marzo- Abril 2019: Inicio de la formación grupal a pacientes y creación de la consulta para el control y seguimiento de los pacientes en autocontrol del tratamiento.
4. A los tres meses de la formación: evaluación de indicadores y resultados.
5. Diciembre 2019: Evaluación de indicadores, resultados y análisis de la situación.

OBSERVACIONES

Como recurso comunitario se puede contar con la colaboración de la asociación ASANAR, para participar en el proyecto, con la aportación de un paciente experto, como formador entre iguales y referente para el resto del grupo.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

1. TÍTULO

TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE Begoña PELLICER GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARREDA AYORA MARIA CARMEN
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
TRALLERO BIELSA ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este proyecto estaba dirigido a toda la población de Andorra, Oliete, Alloza y Ariño, pero se ha priorizado a ESCOLARES DEL IES DE ANDORRA PABLO SERRANO, como GRUPO PILOTO con idea de extenderlo al resto de población en función de los resultados.

Primer trimestre (enero a marzo):

1. Reunión del equipo de trabajo y comunitarias para abordar el proyecto y priorizar.
2. Elaboración e impresión en papel, de la encuesta a color, con 39 imágenes y una escala con número de terrones de azúcar.

Segundo trimestre (abril a junio):

1. Reunión con el equipo directivo del IES para explicar el proyecto y los objetivos y solicitar colaboración para que los alumnos participen.
2. Mayo: Distribución de encuestas entre todos los alumnos del IES Pablo Serrano de Andorra.
3. Colocación de urnas y distribución de encuestas entre las consultas de Oliete, Ariño, Alloza y Andorra, para que una vez cumplimentada se depositen en la urna /caja.
4. Junio: Recogida de las encuestas cumplimentadas

Segundo semestre (julio a diciembre):

1. Septiembre recogido de las encuestas de las consultas.
2. Volcado y procesado de datos de las encuestas de los alumnos del IES.
3. Reuniones para planificar la intervención con los tutores de Hostelería y tercero de la ESO a través del departamento de biología.
4. Diciembre Resultados de las encuestas y conclusiones de los datos recogidos.

Recursos necesarios:

Fotocopias, cajas/urnas, y material audiovisual.
La implicación de los profesionales para desarrollar el proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han contestado la encuesta 268 alumnos:

- 23 alumnos de Formación profesional.
- 11 alumnos de PID
- 7 alumnos de PAI
- 48 alumnos de 1º ESO
- 70 alumnos de 2º ESO
- 58 alumnos de 3º ESO y
- 51 alumnos de 4º de la ESO.

Con un PROMEDIO DE RESPUESTAS CORRECTAS DE 8,32 de 39 cuestiones lo que supone un 21'33 % DE ACIERTOS, con un rango entre 22 respuestas la mejor y 0 respuestas las peor.

Promedio de respuestas acertadas por grupo:

- FP: 10'56 (27,0 %) *
- PID: 7'72 (11,79 %)
- PAI: 7'14 (18,30 %)
- 1º ESO: 7'83 (20,07 %)
- 2º ESO: 8'24 (21,12 %)
- 3º ESO: 7'86 (20,15 %)
- 4º ESO: 8'72 (22,35 %)

* Entendemos que al estar en este grupo los alumnos de hostelería, los resultados son mejor que entre el resto de los grupos.

El producto que MÁS ACIERTOS han recibido es el MONSTER ENERGY (bebida energizante) con 175 aciertos de los 268 que han contestado, lo que supone el 65,3 % DE ACIERTOS.

El producto con MENOS ACIERTOS ha sido el DONUTS con 20 aciertos de los 268 que han contestado, lo que supone un 7,5% de aciertos.

Se han procesado los datos y analizados los resultados de los 39 productos sobre los que se preguntaba en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

1. TÍTULO

TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

encuesta, y cabe destacar que los RESULTADOS MÁS ACERTADOS: Monster energy 65'3 %, toblerone 40'3 %, café de starbucks 38'1 %, refresco de cola de Burguer King 37'7%, helado Macflurby de Mac Donald 21'3 %, ketchup Heinz 20'1 %, galletas Marias 20'5 %, mi primer Danone 22'8 %, Chocolatina Mars 20'9 %, preparado a base de almendras 20'9 %, 7up 20'17 % y Acuario 20%.

Terrones de azúcar:

Los ALIMENTOS CON MAYOR CONTENIDO en azúcar de la encuesta eran: caja de palomitas dulces (33), café de Starbucks (20), refresco de cola de Burguer King (20), bebida energizante Monster (15), toblerone (15), batido Nesquik (14'5), golosinas (14), Redbull (13). ALIMENTOS PROCESADOS como pizza (5), albóndigas (2), hamburguesa (3'5), salchichón (2), sándwich (1), salas de tomate (4) o cesar (6).

ALIMENTOS INFANTILES: batido Nesquik (14'5) potito de frutas (6'5), Danonino (3'5), papilla Blevit 8 cereales (2'5), mi primer danone (2).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1. El volcado y gestión de los datos (encuestas) en formato papel ha retrasado el proceso, y de esto hemos aprendido para el futuro que DEBEMOS MANEJAR TECNOLOGÍA INTERACTIVA QUE FACILITE EL PROCESO (cuestionario Google drive u otros).

2. Donde se observan MAYORES CARENCIAS DE INFORMACIÓN SON EN AQUELLOS ALIMENTOS CONSUMIDOS PREFERENTEMENTE EN EDADES PEDIÁTRICAS y/o prescolares (Blevit Cereales®, Potito Hipp Ecológico®, Blevit Digest® y Mi Primer Danone®) donde consideran que tienen menor cantidad de azúcar a la que realmente presentan.

3. Llama la atención que los ALIMENTOS PARA BEBES YA TENGAN AZÚCAR lo que hace que el paladar del bebe SE ACOSTUMBRE AL CONSUMO de azúcar desde muy temprana edad (meses).

4. LOS ALIMENTOS QUE CONSUMEN con más frecuencia LOS ADOLESCENTES son como refrescos, pizza, hamburguesas, embutidos alimentos procesados y salsas... tienen ALTO CONTENIDO EN AZÚCAR.

El procesado de los datos ha requerido de más tiempo del previsto, por lo que no se han podido cumplir los plazos previstos para concluir el proyecto. Los objetivos planteados en el proyecto inicial siguen vigentes por eso es un proyecto de continuidad.

Quedan PENDIENTE de procesar las encuestas de la población en general de Oliete, Alloza, Ariño y Andorra y de realizar la intervención que será en el 2020.

Vemos IMPRESCINDIBLE TRABAJAR CON LOS ALUMNOS DEL IES que ya han contestado la encuesta, para sensibilizar en el contenido de azúcar de los alimentos y sus efectos.

La intervención está prevista que se trabaje, con los propios alumnos de tercero de la ESO y que sean ellos los que a su vez trabajen con el resto de alumnos del IES, pudiéndose extender al resto de población.

7. OBSERVACIONES.

La persona responsable de liderar este proyecto, se ha trasladado de puesto por lo que ahora pasa a liderarlo Begoña Pellicer García, EAC de nuestro centro de salud.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/112 ===== ***

Nº de registro: 0112

Título
PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
GONZALEZ ESPINOSA RAQUEL, MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN, PELLICER GARCIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

1. TÍTULO

TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La OMS recomienda para mantener una alimentación saludable, con respecto al consumo de azúcares que los adultos y niños deberían reducir la ingesta de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total (2, 7). Una reducción a menos del 5% de la ingesta calórica total aportaría beneficios adicionales para la salud. El consumo de azúcares libres aumenta el riesgo de caries dental. El exceso de calorías procedentes de alimentos y bebidas con un alto contenido en azúcares libres también contribuye al aumento insalubre de peso, que puede dar lugar a sobrepeso y obesidad.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Sensibilizar a la población que acude al centro de salud, y/o los consultorios locales de la zona básica de salud de Andorra, de Oliete, Alloza y Ariño, en especial a la población infantil y sus familias, del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados.
2. Sensibilizar a los alumnos del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
3. Sensibilizar a los padres del IES Andorra del contenido de azúcares de determinados alimentos procesados y fomentar el consumo de alimentos saludables y la compra responsable.
4. Informar del riesgo del alto consumo de azúcar en la dieta diaria.

POBLACIÓN A LA QUE SE DIRIGE:

1. Padres y madres de niños y niñas que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
2. Adultos que acuden al centro de salud y consultorios locales, por urgencias, demanda o programada.
3. Alumnos del IES de Andorra Pablo Serrano.
4. Padres y madres de los alumnos IES de Andorra Pablo Serrano.
5. Profesores del IES de Andorra Pablo Serrano.

MÉTODO

1. Elaboración de encuesta previa, y posterior, mediante imágenes de productos procesados y pregunta sobre el contenido de azúcares.
2. Exposición de imágenes del fotógrafo Antonio Estrada; del proyecto SinAzúcar.org, que consiste en fotografiar de forma muy publicitaria productos ultra-procesados (comida y bebida) junto con la cantidad exacta de azúcar que llevan, usando las propias cifras de etiquetado que da el fabricante.
3. Charla- intervención con los alumnos, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud y plantificar la colaboración de los alumnos en el proyecto (hacer murales/exposición de imágenes de SinAzúcar.org).
4. Trabajar con los alumnos del IES mensajes sobre el consumo de azúcar (mensajes en positivo, por Ej. Come más frutas que bollería industrial). Que serán expuestos en el IES y en C.S. Andorra y los consultorios locales.
5. Elaborar un folleto informativo, con y entre los alumnos del IES.
6. Charla- intervención con los padres, para sensibilizar de los efectos del azúcar en la salud, intervención a través del AMPA del IES, los propios alumnos les explicarán a través de los murales/exposición que habrán creado previamente).
7. Difusión del folleto informativo (creado por los alumnos) sobre los efectos del consumo excesivo de azúcar en la dieta.
8. Valorar el conocimiento que tiene la población, del contenido en azúcar, de determinados alimentos elaborados/procesados, mediante encuesta antes y después de la exposición de SinAzúcar.org.

INDICADORES

1. Número de encuestas previas cumplimentadas.
2. Número de encuestas posteriores cumplimentadas.
3. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta previa.
4. Número y % de imágenes-preguntas correctas del total de fotos-preguntas de la encuesta posterior.

DURACIÓN

1. Febrero 2019: reuniones con el equipo del IES y compañeros del centro de salud para organizar las actividades.
2. Marzo 2019: encuestas previas a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales y alumnos del IES.
3. Abril: Charla - intervención con los alumnos. Y Charla - intervención con los padres.
4. Abril a junio: elaboración de mensajes positivos y folleto informativo con los alumnos del IES.
5. Del 1 de abril al 30 de noviembre exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud y consultorios locales.
6. Diciembre 2019: encuestas posteriores a la exposición de SinAzúcar.org. en el centro de salud, en el centro de salud y consultorios locales.
7. Enero 2020: análisis de resultados y memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0112

1. TÍTULO

TITULO: PROYECTO DE SENSIBILIZACION EN EL CONSUMO DE AZUCAR ENTRE LA POBLACION DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE ANDORRA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0113

1. TÍTULO

TALLERES PARA BEBES

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ANNA IRENA BIDZINSKA
· Profesión MATRONA
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO ARASANZ EMMA
CABEZAS VALLADAR ESTEBAN
GONZALEZ NIEBLAS JUAN ALBERTO
CAPAPE VALLE ELENA
GINES BIELSA MARIA JESUS
FERRER OBON JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 6 talleres por grupo entre los meses de septiembre a diciembre de 2019 los jueves de 11 a 12,30 horas, 90 minutos por sesión, en el Aula del Centro de Salud de Andorra; dirigidos a papas y mamás con bebés menores de 6 meses.

Los talleres se estructuran:

- 1º. Cuestionario de conocimientos previo al inicio de los talleres (primer día),
- 2º. Parte teórica en cada sesión,
- 3º. Práctica relacionada con el tema,
- 4º. Masaje infantil y relajación en cada sesión,
- 5º. Resolución de dudas y experiencias compartidas,
- 6º. Posterior al finalizar los talleres (6º día),

Temas sobre los que se ha trabajado:

- 1º. Orígenes del masaje infantil, beneficios.
- 2º. Primeros auxilios.
- 3º. Recuperación de postparto.
- 4º. Introducción alimentación complementaria y Baby Lead Weaning (BLW).
- 5º. Lactancia materna, extracción y conservación de la leche materna.
- 6º. Prevención de accidentes en la infancia.

Se ha promocionado y derivado, desde las consultas de pediatría y matrona, así como desde el blog Andorra con Salud del Centro de salud de Andorra y a través del Facebook.

Se han realizado dos grupos con mamás, papas y bebés.

En total se ha intervenido sobre:

- 24 bebés de edades entre 30 días y 3 meses.
- 24 mamás, de las cuales para 13 era su primer hijo y 11 ya tenían más hijos.
- 8 papas, para los que era su primer hijo.

Sobre el fomento de la lactancia materna:

- 20 mamás daban lactancia materna a sus bebés,
- 3 lactancia mixta y
- 1 lactancia artificial.

Recursos necesarios:

Equipo de audio visual, material fungible, colchonetas y sala docente del centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SOBRE LA INTERVENCIÓN

1º. CONOCIMIENTOS:

- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario PREVIO:
 - o 1º grupo: 6/10
 - o 2º grupo: 6,2/10
- Promedio de respuestas correctas en el cuestionario POSTERIOR:
 - o 1º grupo: 9,3/10
 - o 2º grupo: 8,7/10

2º. SATISFACCIÓN:

- La valoración de las PONENTES ha sido: Anna Bidzinska 5/5, Emma Romero 5/5
- El LUGAR de realización bastante adecuado: 4,22/5
- La INFORMACIÓN Y EL MATERIAL 4,5/5 ha sido correcta y más de la esperada.
- RECOMENDARIA el taller: 100% de los participantes
- Le ha sido ÚTIL: 100% de los participantes
- SATISFACCIÓN general con el taller 20% alta y 80% muy alta.
- Aspectos a mejorar: en general consideran que ninguno.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0113

1. TÍTULO

TALLERES PARA BEBES

Resulta muy gratificante la intervención con estos grupos, ya que se fomenta la seguridad de las mamás y papás, en el manejo de sus hijos.

SOBRE LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO:

1. Número de REVISIONES DEL NIÑO sano que han acudido en 2019: el 100 % de los bebés han acudido a las revisiones correspondientes a su edad y en la fecha propuesta.
2. LACTANCIA de los bebés al terminar los talleres:
 - a. 20 bebés están con lactancia materna 83'3%
 - b. 3 mixta (por edad): 12,3 %
 - c. 1 artificial: 4,1 %
3. DGP ALIMENTACIÓN ADECUADA o inadecuada:
 - a. el 100 % de los bebés tienen una alimentación adecuada a su edad y situación de salud.
4. DGP HIGIENE ADECUADA o inadecuada:
 - a. el 100 % de los bebés tienen una higiene adecuada.
5. Número de visitas a urgencias antes y posteriormente (2019) a la intervención con motivo:
accidente/caída, dolor /llanto: NINGÚN BEBE HA ACUDIDO A URGENCIAS POR LOS MOTIVOS DE ACCIDENTE, CAÍDA, DOLOR O LLANTO, NI ANTES NI DESPUES DE LA INTERVENCIÓN.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos aprendido que trabajar con las mamás y papás ayuda a resolver dudas en las primeras etapas del crecimiento, y así se ve reflejado en la mejora del nivel de conocimientos y en la satisfacción con el taller que ha sido muy buena por parte de los participantes.
La valoración de los profesionales es muy satisfactoria y enriquecedora.

Es un taller fácilmente replicable con los profesionales adecuados y la implicación de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto ha cambiado el responsable ya que la matrona anterior se trasladó, pero la actual matrona Anna Irena Bidzinska, ha liderado el proyecto junto con la enfermera de pediatría Emma Romero. Los MIR de nuestro centro han participado en los talleres dentro de su formación en atención comunitaria. La participación de la auxiliar y los celadores del centro es muy necesaria para el acondicionamiento de la sala y poder desarrollar la actividad en las mejores condiciones medio ambientales.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/113 ===== ***

Nº de registro: 0113

Título
TALLERES PARA BEBES

Autores:
REPOLLES PERALTA PATRICIA, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto nace de las numerosas dudas que aparecen, incluso antes del parto, al hacerse cargo de un bebé, así como el deseo de hacerlo lo mejor posible. Por eso la matrona y la enfermera de pediatría ponen en marcha el programa de masaje infantil y a la vez se incluyen temas de cuidado del bebé. Durante los meses de crecimiento del bebé dentro del vientre de la madre, el tacto es uno de los primeros sentidos en desarrollarse. El contacto físico es una necesidad humana primaria, por eso decimos que el tacto es tan necesario para los bebés como el alimento. El masaje infantil es una forma de comunicación a través del tacto entre los padres y sus bebés que va más allá de las palabras

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0113

1. TÍTULO

TALLERES PARA BEBES

Principal:

-Ofrecer un punto de encuentro para padres y madres donde compartir experiencias, inquietudes, aclarar dudas, reforzar conocimientos, (mitos y leyendas sin fundamento).

Específicos:

1. Aprender las técnicas de masaje infantil para mejorar la seguridad de los padres con sus hijos y la comunicación.
2. Enseñar los beneficios del masaje infantil.
3. Facilitar, mediante el tacto, la voz y el lenguaje no verbal, la creación y fortalecimiento de vínculos afectivos entre padres e hijos.
4. Relajar musculatura y aliviar tensiones.

A QUIEN VA DIRIGIDO:

A padres y madres de bebés entre 0 y 6 meses de la zona de salud de andorra

MÉTODO

1. Se realiza un cuestionario de conocimientos previo y otro posterior al terminar el ciclo formativo.
2. En cada sesión se tratará un tema relacionado con los cuidados del bebé en el 1º año de vida, además de resolver dudas y compartir experiencias. Terminando con relajación y masaje.

Sesiones:

- Presentación, introducción al masaje infantil. Relajación. Masaje de piernas.
 - Lactancia materna y artificial. Relajación. Masaje de abdomen.
 - Alimentación complementaria. Relajación. Masaje de tórax y brazos.
 - Desarrollo psicomotor en el primer año de vida y prevención de accidentes. Relajación. Masaje de cara y espalda.
 - Urgencias. Relajación. Masaje completo y estiramientos. Evaluación.
3. Al finalizar el ciclo se realiza cuestionario de satisfacción.

INDICADORES

SOBRE LA INTERVENCIÓN:

1. Número y promedio de asistentes (papas y/o mamás) a las sesiones.
2. Respuestas correctas en el cuestionario previo sobre el total de las respuestas.
3. Respuestas correctas en el cuestionario posterior sobre el total de las respuestas.
4. % de ganancia de conocimientos.
- e. Satisfacción con los talleres (encuesta).
5. Valoración de los profesionales implicados (encuesta).

SOBRE LA CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO:

1. Número de revisiones del niño sano que acude a lo largo de 2019
2. Tipo de lactancia de los bebés que han participado en los talleres, en el momento de la intervención y a los seis meses. (Fuente OMI AP)
3. Alimentación adecuada o inadecuada (DGP OMI AP)
4. Higiene adecuada o inadecuada (DGP OMI AP)
5. Número de visitas a urgencias durante el año 2019 y motivo: accidente/caída, dolor/llanto.

DURACIÓN

Se realizarán ciclos de 5 sesiones, un día a la semana, de una duración aproximada de 90 minutos (los jueves de 11'30 a 13 horas), en el Aula de docente del Centro de Salud de Andorra.

- Primer ciclo: finales de 2018 (diciembre) a finales de enero de 2019

Se realizarán ciclos sucesivos en función de la demanda.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0117

1. TÍTULO

PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE SUSANA LOPEZ SAURAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2019 se han llevado a cabo un total de 8 talleres, en principio estaban planteados una serie de temas pero se dio la posibilidad a los asistentes de modificar los según sus intereses. Los temas finalmente tratados y las fechas fueron las siguientes:

1. Dieta Saludable, conceptos básicos (01/02/2019).
2. Elaboración de un menú semanal saludable (01/03/2019)
3. Compra inteligente. Aprendiendo a leer etiquetado nutricional. (05/04/2019)
4. ¿Es sano comer fuera de casa? Cómo elegir la opción más saludable. (03/05/2019)
5. Técnicas culinarias saludables. (07/06/2019)
6. Desmontando mitos y bulos sobre alimentación (25/10/2019)
7. ¿Es la obesidad un problema sanitario? Cine Forum con la proyección del documental de Atresmedia "El estado de los Obesos" perteneciente a la serie Enviado especial. (29/11/2019)
8. Claves para que la Navidad no nos pese demasiado (13/12/2019)

Todos los talleres han sido teórico-prácticos con una parte teórica con proyección de power point y una segunda parte práctica. Para ello se han aportado y elaborado diferentes materiales complementarios, como son:

Taller 1: alimentos y productos ultraprocesados para diferenciar alimentos saludables y sus nutrientes destacados, pirámide nutricional.

Taller 2: tablas en blanco para la realización de menús saludables y pegatinas de los diferentes grupos de alimentos.

Taller 3: láminas representativas de diferentes alimentos procesados y ultraprocesados con su información nutricional y listado de nutrientes correspondiente.

Taller 4: recreación de un restaurante con diferentes representaciones gráficas de menús diarios, menús de fast food, cartas...

Taller 5: Microondas y diferentes alimentos para realización de recetas saludables.

Taller 6 y 7: papelograma y roturadores de colores.

Taller 8: Alimentos para realizar aperitivos saludables. Recetario con diferentes menús saludables para navidad.

La mayoría de los materiales necesarios han sido elaborados previamente por la docente. En un principio se pensó ofertar los talleres a la población general, pero debido al pequeño aforo del salón donde se realizan los talleres y la gran afluencia de personas a la consulta monográfica de control de peso se decide ofertarla primero a dichos pacientes como refuerzo de los conceptos teóricos tratados en la consulta. Al mismo tiempo se puso en conocimiento de los miembros del equipo por si consideraban importante incluir a algún paciente.

Todas las sesiones se han reforzado con la entrega de un resumen con los conceptos más importantes tratados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al taller han acudido un total de 36 personas, 3 hombres y 33 mujeres (31 de ellos han sido seleccionados de la consulta monográfica de control de peso). La asistencia ha sido dispar, siendo mayor en el primer semestre (13 asistentes de media) que en el segundo (8 asistentes de media).

El 100% de los asistentes ha aumentado sus conocimientos previos tras los talleres, para su valoración se realizaron encuestas previas y posteriores en todos los talleres.

Al finalizar el taller se evaluó la satisfacción de los usuarios según escala liker, siendo los resultados:

- El 62.5% considera que los talleres han sido muy útiles, el 50% consideran que la formación recibida impactará mucho sobre su salud.

- El 87.5% considera que el ambiente de trabajo ha sido muy agradable, el 80% que las instalaciones han sido bastante adecuadas y que la documentación aportada ha sido mayor de la esperada.

- El 90 % valora muy positivamente a la formadora, el 90% está muy satisfecho con el taller y el 100% recomendarían el taller a otras personas.

- El 100% demandan la continuidad de los talleres, solicitando se incluyan en la parte práctica la elaboración de recetas saludables.

Todos los pacientes cumplieron la encuesta de adherencia a la D. Mediterránea, con un resultado medio de 9/14 (resultados > de 9 significan buena adherencia), aunque hay que recalcar que 34 de los 36 pacientes habían pasado anteriormente por la consulta de control de peso donde habían recibido consejos sobre modificación de hábitos alimentarios inadecuados.

24 personas (66.6%) han modificado la adherencia a la dieta Mediterránea y 22 personas (61.1%) han disminuido su IMC desde que acuden a los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creo que estos talleres son muy pertinentes, teniendo en cuenta primero los resultados obtenidos y la alta satisfacción de los asistentes, y en segundo lugar la epidemia mundial de obesidad y los malos hábitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0117

1. TÍTULO

PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

dietéticos de la población. Hay que educar a la población para que sea capaz de adquirir una dieta saludable que le permita mantener una salud adecuada y evitar el creciente número de enfermedades no transmisibles. Para mejorar el proyecto sería ideal poder contar con materiales específicos de educación alimentaria, que hasta el momento están siendo de fabricación propia y con recursos económicos propios. Para próximos años sería conveniente dividir los talleres por semestres, pues la experiencia de este año es que con el parón del verano se pierden asistentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/117 ===== ***

Nº de registro: 0117

Título
PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA: "¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?".
TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

Autores:
LOPEZ SAURAS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debemos remarcar que los hábitos de vida de los españoles han experimentando grandes cambios en las últimas décadas. Nuestra alimentación se ha ido alejando del modelo tradicional de la Dieta Mediterránea, aumentando el consumo de carnes, azúcares refinados, bebidas azucaradas y bollería industrial. Además, debido a los avances tecnológicos y las mejoras en las condiciones socio-económicas de vida, hemos disminuido el tiempo dedicado a la actividad física, aumentando el sedentarismo. Tanto el sobrepeso como la obesidad, se asocian con un aumento de la morbilidad y la mortalidad. Son la causa o empeoramiento de patologías como la diabetes, la HTA, la enfermedad coronaria y diversos tumores. Además se asocian a mayor riesgo de mortalidad cardiovascular, mayor prevalencia de alteraciones psicopatológicas e inadaptación social, incremento del coste sanitario y disminución de la esperanza de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
- Fomentar en nuestra población una alimentación saludable como medida para prevenir la enfermedad y la discapacidad, y mejorar la calidad de vida.
- Que la población conozca los beneficios de una alimentación saludable, así como las recomendaciones concretas para conseguirla (composición de alimentos, frecuencia de consumo, porciones, raciones...)
- Que la población conozca las enfermedades más frecuentes en nuestro entorno relacionadas con la malnutrición, tanto por exceso como por defecto (obesidad, HTA, Diabetes, anemias, Hiperlipemias, osteoporosis...)
- Que la población sea capaz de elaborar un menú saludable, basado en alimentos naturales, de temporada y de proximidad, evitando los productos ultra procesados.
- Que la población adquiera los conocimientos necesarios para realizar una lectura correcta del etiquetado nutricional, mejorando su dieta diaria y adquiriendo conocimientos para realizar una compra saludable y sostenible.
- Que la población sea capaz de valorar correctamente los mensajes publicitarios en los que la alimentación se tome como valor, así como de las prácticas de riesgo más difundidas entre la población (dietas milagro, alimentos light, sin azúcar añadidos...).
- Que la población adquiera conocimientos adecuados en cuanto a la preparación y procesamiento culinario de los alimentos, conociendo técnicas culinarias seguras y saludables.
- Que la población disponga de estrategias para elegir un menú saludable cuando salga a comer fuera de casa (restaurantes, fechas señaladas...)

POBLACIÓN DIANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0117

1. TÍTULO

PROMOCION DE HABITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES A TRAVES DE LA DIETA MEDITERRANEA. ¿SABEMOS LO QUE COMEMOS?. TALLERES DE EDUCACION GRUPAL SOBRE ALIMENTACION SALUDABLE

Población adulta de la zona básica de salud.

MÉTODO

1. Se realizarán talleres teórico-prácticos en sesiones de dos horas con una periodicidad mensual. En principio se plantean talleres en el centro de salud, el primer viernes de cada mes, en horario de 9.30 a 11.30, con un aforo máximo de 20 personas
- Todas las sesiones constarán de una exposición breve de conceptos (20-30 minutos), seguida de actividades prácticas para afianzar conocimientos. En algunas sesiones se plantea la posibilidad de salir del centro en grupos para ejercitar la lectura de etiquetas o compras en establecimientos de la localidad.
- Los diferentes temas a tratar serán:
- Conceptos básicos de nutrición: nutrientes, tipos. Grupos de alimentos y su composición.
 - Dieta Mediterránea como representación de la Dieta saludable: evaluación de resultados mediante el Cuestionario de Adherencia a la Dieta Mediterránea (estudio PREDIMED) previo y posterior al taller.
 - Realización de un menú saludable. Raciones y porciones.
 - Guía para una compra saludable. Etiquetado nutricional.
 - Publicidad y alimentación saludable.
 - Preparación y proceso culinario de alimentos. Técnicas culinarias seguras y saludables.
 - Conservación y reconstitución de alimentos en el hogar.
 - Seguridad en la cocina.
 - Comer fuera de casa. Elección de un menú saludable.
 - Enfermedades más comunes en nuestro entorno relacionadas con la alimentación.
 - Estrategias para que la Navidad no nos pese demasiado. Elaboración menú saludable.

INDICADORES

1. Número de personas sobre las que se ha realizado intervención/ taller.
2. Número de personas que mejora la adherencia a la dieta Mediterránea tras acudir al taller sobre dieta mediterránea.
3. % de mejora de la adherencia a la dieta Mediterránea tras acudir al taller sobre dieta mediterránea.
4. Número y % de personas que han acudido a alguno de los talleres, con ganancia de conocimientos tras el taller.
5. Grado de satisfacción (escala liker), de los pacientes tras cada taller.
6. Número de personas que han acudido a alguno de los talleres, con disminución de su IMC, a los 3 y 6 meses del último taller al que asistió, del total de los asistentes.
7. Número (%) de pacientes con dieta "adecuada o inadecuada" (DGP de OMI AP) antes de iniciar los talleres y a los 3 y 6 meses del último taller al que asistió.

DURACIÓN

Los talleres serán el primer viernes de cada mes de enero a junio y de octubre a diciembre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0118

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE ESTHER TRILLO SALLAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAHOZ MACIPE CONCEPCION
LAGAR GONZALEZ ANA BELEN
MOLINA ALMIRON MARIA CARMEN
MESA RAYA ERNESTO
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
PEREZ LACLERIGA EMILIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Organización de agenda: Empezamos el día 8 de mayo de 2018 con tres huecos de demanda, todos los martes exceptuando el periodo vacacional dada la difícil cobertura de las consultas médicas. Hemos añadido según la propuesta de mejora de 2018 para 2019, tres huecos de demanda no presencial para citar a los pacientes que están pendientes de resultados de anatomía patológica. El día de la cirugía se citan en el plazo de un mes para revisar la historia, en caso de no estar todavía los resultados, se cita para más adelante. Se avisa por teléfono al paciente del resultado.
2. Se han elaborado unas hojas de derivación, consentimiento informado y consentimiento para realizar fotografías. Una vez cumplimentadas las hojas, el paciente se cita desde el servicio de admisión.
3. Hemos realizado un circuito de derivación, todos los médicos puede rellenar las hojas de derivación y con los datos el servicio de admisión contacta con el paciente para darle cita.
4. Formación a los residentes conforme han ido rotando por el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a 2018, se han realizado 50 intervenciones más, siendo un total de 70 pacientes los que hemos atendido. En el momento actual no tenemos ningún resultado de anatomía patológica pendiente, ni recidivas. El tipo de lesiones extirpadas han sido fibromas pendulares milimétricos múltiples en los que no se ha precisado realizar estudio. En 7 casos se extirparon nevos melanocíticos con márgenes no afectados. 3 casos fueron carcinomas basocelulares con márgenes limpios que fueron derivados a la consulta de dermatología. El resto tras el estudio anatomopatológico se confirman lesiones benignas. No hemos tenido complicaciones intraquirúrgicas ni posteriormente. El tiempo medio de espera desde la exéresis hasta el resultado de anatomía patológica ha sido de 2 meses. No hemos obtenido diferencia en la curación según la técnica. Se han recogido los datos como tipo de lesión, cirugía, material, incidencias, técnica que quedan pendientes de analizar cuando tengamos más pacientes incluidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se percibe buena organización en las agendas y circuito de derivación. Satisfacción en el equipo de trabajo por la adquisición de habilidades técnicas quirúrgicas, conocimiento sobre lesiones. Agradecimiento por parte de los pacientes ya que disminuyen la demora que existe en otros servicios, la posibilidad de exéresis de lesiones rechazadas en otros niveles. Una vez puesta en marcha la consulta necesitamos más intervenciones para mejorar las técnicas y continuación del estudio descriptivo iniciado. Queda pendiente la realización de la encuesta de satisfacción a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/118 ===== ***

Nº de registro: 0118

Título
PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGIA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0118

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

TRILLO SALLAN ESTHER, LAHOZ MACIPE CONCEPCION, LAGAR GONZALEZ ANA BELEN, MESA RAYA ERNESTO, HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, MARTINEZ AYALA ENRIQUE, CORTES ARISTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro centro de salud la cirugía menor se venía haciendo de forma ocasional, como un proceso más de la consulta de atención primaria, y cada profesional se organizaba en tiempo y forma. Inicialmente la Dra. Trillo junto la Dra. Lahoz, comienzan a organizar la consulta de C M en tiempo, espacio, dotación de materiales e instrumental y creación de agenda específica, quedando la asistencia urgente al resto de pacientes de cada cupo, cubierta entre ambas profesionales. Dada la demanda cada vez mayor de este tipo de intervenciones, se hace necesario elaborar un proyecto de mejora de la calidad, que ponga de manifiesto la oportunidad y el beneficio de esta consulta.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Organizar el circuito de derivación desde la consulta del médico de atención primaria a la consulta de cirugía menor.
2. Unificar las lesiones susceptibles de exéresis en la consulta de C M y los criterios de exclusión.
3. Organizar el circuito de comunicación de resultados a los pacientes.
4. Elaborar registro de evaluación (Excel) con: identificación de los profesionales que realizan la cirugía, número de pacientes, número de lesiones extirpadas, localización, tipo de lesión, tamaño en cm, número de interconsulta a anatomía patológica, resultado de la anatomía patológica y días transcurridos desde el envío y el resultado, complicaciones y tipo de complicaciones intra-quirúrgica y post-quirúrgica (sincope, hemorragia, hematoma, dehiscencia de herida, sobreinfección, recidiva...)
5. Ofertar la consulta a todos los pacientes susceptibles de C M, de la zona básica de salud.
6. Formar a médicos internos residentes y a otros profesionales que quieran adquirir habilidades en cirugía menor ambulatoria.
7. Elaborar documentos de derivación, consentimiento informado, hoja de información a los pacientes con registro de ISO.

MÉTODO

1. Información al equipo del proyecto de mejora.
2. Formación de los profesionales implicados en la consulta de cirugía menor ambulatoria en nuestro centro.
3. Crear agenda de cirugía menor: martes de 9 a 11 y viernes de 13'30 a 14'30 horas.
4. Elaborar Excel de registro y evaluación de la consulta de CM
5. Elaboración de hojas de derivación, consentimiento informado, hoja de información a los pacientes con registro de ISO, y de satisfacción del servicio por parte de los pacientes.

INDICADORES

1. Número de pacientes atendidos en CCM (consulta de cirugía menor) del total de pacientes derivados.
2. Número de lesiones con complicaciones intra-quirúrgicas del total de las lesiones intervenidas.
3. Número de lesiones con complicaciones post-quirúrgicas del total de las lesiones intervenidas.
4. Media de días de curación de las lesiones, desde la intervención hasta el alta.
5. Media de días de curación según la técnica empleada (cauterización con bisturí eléctrico o sutura).
6. Número de lesiones con recidiva del total de las lesiones intervenidas.
7. Número de lesiones con interconsulta a anatomía patológica del total de las lesiones intervenidas.
8. Tiempo medio de días de respuesta del servicio de anatomía patológica, desde la interconsulta a la obtención del resultado.
9. Número de lesiones extirpadas cuyo resultado de anatomía patológica es susceptible de malignidad del total de las lesiones enviadas a anatomía patológica.
10. Número de nuevos profesionales (MIR, enfermeras, MFC, otros) que se forman en la CCMA
11. Valoración del grado de satisfacción (escala liker), de los usuarios del servicio.

DURACIÓN

1. Noviembre - Diciembre de 2018: formación de los profesionales implicados en la CCMA
2. Enero 2019: creación y adaptación de la Agenda CCMA, con citas programadas y demanda no presencial, para informar a los pacientes sobre los resultados.
3. Febrero 2019: Presentación al equipo de la consulta de cirugía menor del centro de salud, abrir la consulta al resto de profesionales para la derivación de pacientes y acuerdo para incluir el proyecto como propuesta de mejora en la plataforma del Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0118

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD DE LA CONSULTA DE CIRUGÍA MENOR EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

- 4. Marzo 2019: elaboración de diagrama de flujo del circuito de la CCMA, documentación: hoja de derivación, hoja informativa para el paciente, consentimiento informado, Excel de registro de datos, encuesta de satisfacción de los pacientes.
- 5. Marzo a diciembre 2019: formación a otros profesionales.
- 6. Diciembre 2019: análisis de resultados y elaboración de memoria 2019

OBSERVACIONES

La ubicación del quirófano será en la sala de vitales de la planta -1, que de 8 a 15 horas no se usa para urgencias, ya que está bien equipada ante posibles complicaciones.
La organización de las urgencias de los pacientes de cada cupo deben de estar cubiertas, para evitar la interrupción del proceso quirúrgico, la demanda queda bloqueada en la agenda de los profesionales implicados.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ENRIQUE MARTINEZ AYALA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TRALLERO BIELSA ALBERTO
PEÑA GALO EDGAR
PELLICER GARCIA BEGOÑA
BARRERA AYORA MARIA DEL CARMEN
CORTES GARCIA-ARISTA ISABEL
SALAS FERRER VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ESTE PROYECTO SE DIRIGE A LOS PADRES, MADRES Y ALUMNOS DE LOS COLEGIOS DE PRIMARIA DE LAS LOCALIDADES DE OLIETE, ARIÑO Y ALLOZA.

1.-Durante el PRIMER TRIMESTRE (enero a marzo):

1.1_Se ELABORA UNA ENCUESTA en la que se incluyen los siguientes apartados: datos socio demográficos, socio laborales y familiares, alimentación y hábitos dietéticos, adherencia a la dieta mediterránea, actividad física y ejercicio, consumo de tabaco y exposición al humo del tabaco, consumo de alcohol

La encuesta está basada en los siguientes documentos:

1.Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega - 2007 (actividad física)

2.Talleres Educativos Centro de Recursos de Consumo Mercado Central de Alicante (alimentación)

3.Encuesta nacional de salud 2017 adultos del ministerio de Sanidad (tabaco y alcohol)

4.CUESTIONARIO DE ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA. Estudio: RICARD

1.2_Elaboración del CONSENTIMIENTO INFORMADO para todos los participantes del estudio (en el caso de los niños los padres o tutores son los que tienen que dar el consentimiento por escrito)

El médico y la enfermera de cada pueblo, se REUNEN con los responsables de las escuelas en las localidades adscritas a Andorra (Ariño, Alloza y Oliete) en donde se les explica el objetivo del proyecto y la forma de colaborar)

2.-Durante el SEGUNDO TRIMESTRE (abril a junio):

a. Entrega de las encuestas y los consentimientos a los padres de los alumnos.

b. Una vez recibidas los profesores realizan la actividad "QUE COMEMOS HOY" con los niños: durante una semana rellenarán una ficha en las que los niños tienen que poner que han tomado en cada una de las comidas del día, de lunes a domingo.

c. Los profesionales de enfermería de cada localidad van a la escuela, y se pesa, talla para calcular el IMC de los niños, y posterior registro antropométrico en DGP de la HCE.

d. En consulta se pesa y talla a los adultos para calcular el IMC, y posterior registro antropométrico en DGP de la HCE.

e. En junio: Recogida de la actividad "que comemos hoy", las encuestas y los consentimientos cumplimentadas.

3.- En el SEGUNDO SEMESTRE (julio a diciembre)

a.Septiembre: Reunión con el equipo de trabajo del proyecto para acordar el procesado de los datos.

b. Septiembre a noviembre: volcado de datos las hojas Excel para su posterior análisis

c. Diciembre: análisis de los datos, evaluación de los indicadores y conclusiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. NÚMERO DE PARTICIPANTES 121 de 125 que se les invito a participar: 96'8 % de participación de la población a estudio. De los cuales 68 son adultos y 53 niños en edad encolar de entre los 6 y 11 años.

2. Valoración de la exposición y CONSUMO DE TABACO:

a.EXPUESTOS AL HUMO DEL TABACO ENTRE 1 - 5 HORAS/DÍA:

ADULTOS: 17'9% de los hombres y el 10'3% de las mujeres adultas.

NIÑOS > 5 HORAS /DIA: 21'1% en los niños y 25% en las niñas

b. NUNCA O CASI NUNCA están expuestas al humo del tabaco: 64'3% de los hombres y el 58'6% de las mujeres

c. NO FUMA, PERO HA FUMADO ALGUNA VEZ EN > 9 AÑOS: 19'5% de los hombres y el 25% DE LAS MUJERES,

d. FUMA A DIARIO: el 24'4% de los varones y el 20% las hembras, y

e. NUNCA HAN FUMADO: el 39% de los hombres y el 32'5% de las mujeres

f.La EDAD MEDIA DEL INICIO del consumo de tabaco en mayores de 9 años fue de 17'1 AÑOS.

3. Valoración del CONSUMO DE ALCOHOL:

a.NUNCA HAN TOMADO ALCOHOL: el 8'3% de los hombres y el 3'8% de las mujeres.

b. Llevan MÁS DE UN AÑO SIN TOMAR ALCOHOL: el 4'2% de los hombres y el 3'8% de las mujeres.

c. CONSUMEN ALCOHOL AL MENOS 4 DÍAS A LA SEMANA: el 25% de los hombres y el 3'8% de las mujeres.

d. CONSUME A DIARIO: el 20'8% de los hombres, y ninguna mujer.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

4. Valoración del IMC:
a. ADULTOS mayores de 18 años:
SOBREPESO: el 41'4% de los hombres y el 31% de las mujeres, y
OBESIDAD: 24'1% de los hombres y el 6'9% de las mujeres.
b. NIÑOS de 6 a 11 años: s
SOBREPESO el 9'1 % de los varones.
OBESIDAD: "0", no hay casos.
5. Sobre los HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:
a. DESAYUNO:
NO DESAYUNAN:
1. ADULTOS: el 6'2% de los hombres y el 5'9% de las mujeres
2. NIÑOS: NINGUNO DESAYUNAN TODOS.
DESAYUNAN BOLLERIA INDUSTRIAL:
1. ADULTOS: el 9'4% de los hombres y el 8'8% de las
2. NIÑOS: el 13'6% de los varones y el 15'8 % de las niñas
- b. NO TOMAN VERDURAS:
ADULTOS:
1. En la comida: 40'6% de los varones y el 41'2% de las mujeres.
2. En la cena: 40'6 % de los varones y el 26'5% de las mujeres.
NIÑOS:
1. En la comida: 59'1% de los niños y el 57'9% de las niñas.
2. En la cena: 63'6% de los niños y el 68'4% de las niñas.
- c. NO TOMAN FRUTA:
ADULTOS:
1. En la comida: 15'6 % de los hombres y el 17'6% de las mujeres.
2. En la cena: 75% de los hombres y el 76'5% de las mujeres.
NIÑOS:
1. En la comida: 40'9% de los niños y el 42'1% de las niñas.
2. En la cena: 81'8% de los niños y el 63'2% de las niñas.
- d. CONSUMO DE CHUCHERÍAS:
A VECES: 100%
A DIARIO: NINGUNO
6. ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA (Estudio RiCARD2):
ADULTOS:
1. BAJA adherencia el 59'4% de los hombres y el 55'9% de las mujeres (< o igual a 7 puntos)
2. MEDIA el 28'1% de los hombres y el 32'4% de las mujeres (8 - 10 puntos)
3. ALTA el 12'5% de los hombres y el 11'8% de las mujeres (11 puntos o más)
- NIÑOS: En los niños la valoración de adherencia se redujo un punto en relación a los adultos por la pregunta sobre el consumo de alcohol
1. BAJA adherencia el 69% de los niños y el 63'6% de las niñas
2. MEDIA adherencia el 6'9 % de los niños y el 9'1% de las niñas
3. ALTA adherencia ninguno (0%)
4. no saben o no contestan el 24'1% de niños y el 24'3% de niñas
7. Valoración de la ACTIVIDAD FÍSICA de la población (Encuesta sobre los hábitos alimentarios de la población adulta gallega - 2007 (actividad física)
ADULTOS:
1. NO contestan o no saben el 9'4% de los hombres y al 5'9% de las mujeres.
2. Realizan actividad física LIGERA el 12'5% de los hombres y el 70'6% de las mujeres.
3. Realizan actividad física MODERADA el 68'8 % de los hombres y el 11'8% de las mujeres.
4. realizan actividad física ALTA el 9'4% de los hombres y el 11'8% de las mujeres.
- NIÑOS: todos realizan más de 20 minutos de alguna actividad durante la semana,
1. siendo ALTA en el 17'2 % de los varones y el 22'7% de las mujeres,
2. MODERADA en el 34'5% de los varones y el 36'4% de las mujeres y
3. LIGERA en el 13'8% de los varones y el 9'1% de las mujeres
4. no saben o no contestan el 34'5 y el 31'8% de niños y niñas respectivamente
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
1. Por la ALTA PARTICIPACIÓN de la población en el estudio (96'8 %) consideramos que la población se implica en las acciones que los profesionales de la salud desarrollan, sobre todo en lo relacionado con la población escolar.
2. Que se inician en el CONSUMO DE TABACO, a LOS 17 AÑOS, y que fuman MÁS MUJERES que hombres. Por lo que la educación debe comenzar a edades tempranas, en la escuela.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

3 Que el CONSUMO DE ALCOHOL ES MUY FRECUENTE, sobre todo EN LOS HOMBRES

4 Con respecto al Índice de masa corporal (IMC): los HOMBRES tienen más SOBREPESO que las mujeres y también que el 9.1% DE LOS NIÑOS TIENEN SOBREPESO.

5 Que el CONSUMO DE FRUTA Y VERDURA en la población adulta e infantil, es BAJO.

6 La ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA, ES MUY BAJA en nuestra población de estudio, siendo esta inferior al 15% TANTO EN HOMBRES (12.5%) COMO EN MUJERES (11.8%) y nula en los niños y niñas, a pesar de que en este último grupo se redujo en indicador un punto por el no consumo de vino en niños.

7 En referencia a la ACTIVIDAD FÍSICA, no hay nadie con sedentarismo los niños hacen EJERCICIO DE FORMA HABITUAL y los adultos también con mayor o menor intensidad.
RECOMENDACIONES:

Nos parecía importante DETERMINAR LOS HÁBITOS DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO. YA QUE EL NUMERO DE PARTICIPANTES Y EL FOCO (LAS ESCUELAS DEL MEDIO RURAL) PERMITIRÁN REALIZAR INTERVENCIONES, desde la EDUCACIÓN EN LAS ESCUELAS hasta las distintas ASOCIACIONES VECINALES Y DE PADRES DE ALUMNOS, para fomentar hábitos de vida saludables.

7. OBSERVACIONES.

Las conclusiones de este proyecto nos van a permitir a través de la comisión de Comunitaria de nuestro centro planificar acciones de mejora medibles y con hechos probados.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

Título
VALORACION DE LOS HABITOS SALUDABLES EN LA POBLACION RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
MARTINEZ AYALA ENRIQUE, TRALLERO BIELSA ALBERTO, PEÑA GALO EDGAR, PELLICER GARCIA BEGOÑA, MOLINA ALMIRON MARIA DEL CARMEN, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, BARREDA AYORA MARIA DEL CARMEN, CORTES ARISTE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El tabaquismo, la alimentación no saludable, el sedentarismo y el consumo de riesgo/nocivo de alcohol, son causa de muchas enfermedades y muertes. Está demostrado con numerosos estudios de investigación que la intervención de los profesionales sanitarios para promover una alimentación sana, el abandono del tabaco, y el consumo no de riesgo de alcohol, son una de las intervenciones más eficaces para mejorar la salud de los pacientes, teniendo por consiguiente no solo un gran impacto poblacional sino una relación coste efectividad muy favorable.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conocer los hábitos que tiene la población seleccionada en cuanto a la actividad física, alimentación, consumo de tabaco y consumo de alcohol.
2. Analizar los resultados y valorar la situación

MÉTODO

1. Elaboración de un cuestionario de hábitos saludables, que valore: alimentación ejercicio, consumo de tabaco y alcohol(basado en la encuesta nacional de salud
2. Elaboración de consentimiento informado.
3. Recogida datos mediante el cumplimiento de las encuestas.
4. Análisis de los datos obtenidos.
5. Conclusiones del estudio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0135

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS SALUDABLES EN LA POBLACIÓN RURAL ASOCIADA AL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

INDICADORES

1. Número (%) de participantes del total de personas que se les ha invitado a participar.
2. Valoración de la exposición y consumo de tabaco:
 - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio con exposición al humo del tabaco de entre 1 hora y más de 5 horas al día.
 - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio, que nunca o casi nunca están expuestos al humo del tabaco.
 - c. Número (%) de personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio, que han fumado alguna vez, cuantas fuman a diario y cuantas no fuman pero lo han dejado.
 - d. Edad media de inicio en el consumo de tabaco de las personas (> de 9 años) y según sexo, a estudio,
3. Numero (%) de adultos que consumen alcohol: nunca, a diario, 5 a 6 días/semana, 3 a 4 días/semana, 1 a 2 días/semana.
4. Valoración del IMC (DGP DE OMI AP) de la población a estudio en el momento de la encuesta.
5. Número (%) de personas con sobrepeso y obesidad, según sexo y grupo poblacional (niños de 6 a 11 años y adultos/familiares a partir de 18 años), de la población a estudio.
6. Sobre los hábitos de alimentación:
 - a. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO desayunan.
 - b. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
 - c. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que desayunan bollería industrial.
 - d. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen verduras en la comida o en cena.
 - e. Número (%) de personas según el grupo poblacional, a estudio que NO comen frutas en la comida o en cena.
 - f. Número (%) de niños de 6 a 11 años, a estudio que, NO comen chucherías, comen chucherías a veces y comen chucherías a diario.
7. Valoración de la adherencia a la dieta mediterránea:
 - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con baja adherencia (<7 puntos) o buena adherencia (> 10 puntos), a la dieta mediterránea.
 - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio, con un consumo al día, de más de una unidad/vaso, de bebidas carbonatadas y/o azucaradas (refrescos, colas, tónicas, bitter).
8. Valoración de la actividad física de la población a estudio:
 - a. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que NO practican actividad física
 - b. Número (%) de personas según sexo y grupo poblacional a estudio que practican actividad física alta ligera o moderada

DURACIÓN

1. Primer trimestre de 2019:
 - 1.1. Elaboración y consenso de la encuesta a realizar.
 - 1.2. Informar en las escuelas del objetivo del proyecto y forma de colaborar.
 - 1.3. Actividad escolar para el análisis del menú semanal con los alumnos: ¿qué he comido esta semana?
 - 1.4. Calculo de IMC y registro en DGP de OMI AP, a los participantes:
 - 1.4.1. Niños en la escuela llevar bascula y tallimetro
 - 1.4.2. Adultos en consulta
2. Segundo trimestre 2019: Realización de encuesta a alumnos y familiares >18 años
3. Segundo semestre de 2019:
 - 3.1 Análisis de los datos,
 - 3.2 Evaluación de indicadores, y
4. Diciembre de 2019: Memoria del proyecto

OBSERVACIONES

Según los resultados obtenidos se plantearían distintas intervenciones más adelante.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0258

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE EMMA ROMERO ARASANZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS
GARCIA LOPEZ ANA MARIA
BIDZINSKA ANNA IRENA
BRITO EXPOSITO CARLOTA ADORACION
MOHAMED LAROSSE MOULAY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1º. Búsqueda de la página web para crear el blog: Wordpress.
 - 2º. En febrero se crea el blog: andorraconsalud.wordpress.com
 - 3º. Difusión entre los compañeros del centro para que se impliquen y puedan participar.
 - 4º. Creación de cuenta en Facebook: Salud Andorra, para difundir el blog.
 - 5º. Cuarenta y tres publicaciones en el blog: Presentación actividades comunitarias en el centro de salud de Andorra, "Mi peluche esta malito", Jornada de formación en activos en Salud a MIR de la unidad docente de Alcañiz, Formación en ATAO, calendario revisiones en pediatría, "taller para bebés", píldoras informativas: Golpe de calor, elaboración de un menú saludable, Talleres de alimentación, aprendiendo a salvar vidas, vivir con diabetes, diabetes y tratamiento farmacológico, compra inteligente, posparto, taller afectivo sexual en el Gloria Fuertes, Formación y docencia, XVII Jornadas de trabajo en calidad en salud celebrado en Teruel, día internacional de diabetes, vacunación antigripal, comité de ética asistencial, educación a grupos de personas con diabetes, el destino de Dialberto, Estrategia de atención comunitaria en Aragón, niños obesos hoy, enfermos del corazón mañana, cuidar la piel protección solar, alimentación saludable, III encuentro científico de MIR sector de Alcañiz, día mundial de la alimentación, la vuelta al cole.
 - 6º. Análisis de los datos de forma periódica para valorar evolución de los datos y repercusión de las publicaciones.
- Recursos necesarios:
1. Personal implicado en publicar en el blog.
 2. Material informático para acceder al blog.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde febrero que se creó (11 meses)

- 1º. Número total de VISITAS al blog: 11.453 visitas
- Promedio mensual: 1.041
- 2º. Número total de VISITANTES: 3.521
- Promedio mensual: 352
- 3º. Número de ENTRADAS PUBLICADAS: 43
- 4º. Número de TEMAS: 38
- 5º. ENLACES publicados: 17
- 6º. PAÍSES desde los que se ha visitado el blog: 42 en todo el mundo
- España 11.127 visitas
- América del sur: 138
- EEUU 91 visitas
- Europa, 11 países de Europa: 79
- Australia: 3
- Marruecos: 4
- China: 2 visitas
- Samoa: 2
- Moldavia: 2
- Sudafrica: 2
- Japón: 1 visita
- Canadá: 1 visita
- Taiwan: 1 visita

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La creación del blog es una herramienta de difusión e información con un potencial que desconocíamos.
- El proyecto es sostenible ya que no requiere mas que personas implicadas para hacer la publicación y actividades o informaciones para publicar. Es importante mantener el Feedback para animar a seguir publicando.

7. OBSERVACIONES.

Se han incorporado al grupo de trabajo para este proyecto, los MIR de medicina familiar y Comunitaria de nuestro centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0258

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/258 ===== ***

Nº de registro: 0258

Título
CREACION DE UN BLOG DEL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
ROMERO ARASANZ EMMA, PEREZ CASANOVA JOSE CARLOS, GARCIA LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las redes sociales son la clave para la difusión de eventos y la búsqueda de la participación, de la comunidad creando líneas de comunicación.
La participación comunitaria necesita de redes que aúnen las acciones, con la sociedad, colectivos, grupos y entidades para conseguir sus objetivos de salud.
Nuestro centro de salud tiene una oferta de actividades comunitarias, y consultas monográficas, que nos hemos visto en la necesidad de buscar una forma de difusión para llegar a más miembros de nuestra comunidad. Y también es una forma de dar visibilidad al trabajo que se está realizando, para que la sociedad vea otra forma de ganar salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Difundir las acciones comunitarias, formativas y servicios de nuestro centro de salud.
Poner en valor las actividades que se realizan.
Llegar a la comunidad y no sólo a los que acuden a nuestro centro.

MÉTODO
1. Buscar un espacio/página gratuita, para publicar,
2. Crear un blog: andorraconsaludword.press.com
3. Ir creando entradas en relación a nuestras actividades.
4. Evaluación del resultado.

INDICADORES
1. Número total de usuarios que han visitado el blog desde su creación
2. Número de usuarios que han visitado el blog de promedio/mes
3. Número de entradas publicadas en el blog desde su creación.
4. Número de temas desde su creación.

DURACIÓN
La duración prevista es de un año en función de la sostenibilidad del Blog.
1. Febrero 2019: creación del espacio blog en página gratuita
2. A partir de marzo 2019: publicaciones y entradas, de eventos y actividades
3. Diciembre 2019: evaluación de indicadores y resultados.

OBSERVACIONES
Los indicadores se pueden exportar de la página del blog.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0329

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE TRINIDAD HERNANDEZ RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VAQUE BIELSA MARIA PILAR
ROMERO ARASANZ ENMA
REPOLLES PERALTA PATRICIA
GALVE CIERCOLES ROSA MARIA
GONZALEZ NIEBLAS JUAN ALBERTO
PEÑA GALO EDGAR
MOHAMED LAROSI MOULAY

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha programado la ecografía de martes a viernes desde las 8:00h a las 9:30H, en la agenda generada para ecoAP dentro de la consulta ordinaria de los profesionales sanitarios, realizándose un total de 290 ecografías .

Los profesionales sanitarios tras imprimir hoja de derivación de OMI recuerdan a los pacientes la recomendación de acudir en ayunas de 6-8h en el caso de ecografía abdominal y acudir sin orinar al menos 1h antes de la prueba ecográfica en la petición de ecografía de aparato urinario(se les facilita folleto informativo elaborado a los pacientes).También realizan ecografía clínica durante el acto médico y en la exploración del paciente precia generación e impresión de la solicitud y citación en agenda de ecografía(forzada) para poder anotar a los pacientes en la lista de pacientes del ecógrafo y enviar las imágenes a la HCE.

Desde el servicio de admisión se citaría al paciente en agenda generada, comunicándole día y hora en el caso de las ecografías programadas para otro día en agenda de 8:00 a 9:30h.

Tras realizar la prueba se le cita a su médico para informar al paciente de los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Del total de ecografías realizadas en agenda programada y en agenda de manera "forzada"durante la exploración clínica se ha podido obtener diagnósticos con mayor celeridad y derivar a los pacientes a las unidades pertinentes para su tratamiento. Estamos pendientes de obtener datos estadísticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos encontrado las siguientes observaciones sobre las actividades a mejorar: dificultad de la realización completa de la ecografía en un paciente por atender a la vez urgencias de otros pacientes, dejando incompleta la exploración ecográfica. Dificultad de realizar mayor número de ecografías por la presión asistencial diaria (sobre todo en el periodo estival).Dificultad de completar informes ecográficos por falta de tiempo en la jornada ordinaria ; Por ello de momento estamos recogiendo información para obtener resultados estadísticos.

7. OBSERVACIONES.

Se está constituyendo un equipo de trabajo desde la propia Unidad Docente y desde el Equipo del propio Centro de Salud, sumando recursos humanos y estratégicos para continuar con la formación y con la adquisición de la habilidad en la técnica.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/329 ===== ***

Nº de registro: 0329

Título
IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Autores:
HERNANDEZ RODRIGUEZ TRINIDAD, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, ROMERO ARASANZ ENMA, REPOLLES PERALTA PATRICIA, GALVE CIERCOLES ROSA MARIA, GONZALEZ NIEBLAS ALBERTO, PEÑA GALO EDGAR, MOHAMED LAROSI MOULAY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0329

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Otro Tipo Patología: patología abdominal y tiroidea
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2017 se dotó de ecógrafo al centro de salud de Andorra, dentro del programa de implementación de la ecografía establecido por el Salud en la comunidad autónoma. Durante este año se ha formado el personal en la realización de ecografías y ha comenzado la actividad a modo de pilotaje. Sin embargo, se hace necesario establecer una agenda de ecografías, y un circuito organizativo que no afecte el funcionamiento interno del equipo y los permisos oficiales de los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar la consulta de ecografía en el centro de salud de Andorra con una agenda estable.
Establecer las indicaciones de ecografía a realizar en nuestro centro.

MÉTODO

Se programa la ecografía de martes a viernes desde las 8:00h a las 9:30H, en la agenda generada para ecoAP dentro de la consulta ordinaria de los profesionales sanitarios.

Los profesionales sanitarios tras imprimir hoja de derivación de OMI recordarán a los pacientes la recomendación de acudir en ayunas de 6-8h en el caso de ecografía abdominal y acudir sin orinar al menos 1h antes de la prueba ecográfica en la petición de ecografía de aparato urinario. Se elaborará folleto informativo para los pacientes. Desde el servicio de admisión se citará al paciente en agenda generada, comunicándole día y hora. Así mismo se le citará a su médico en demanda no presencial tras conocer la cita y realizarle la prueba para informar al paciente de los resultados.

Se han establecido indicaciones de derivación:

- Indicaciones de la ecografía clínica hepática y de la vía biliar:
 - Alteración de las enzimas hepáticas.
 - Síndrome constitucional.
 - Seguimiento de lesiones benignas; quistes, hemangiomas...
 - Hepatomegalia.
 - Dolor en Hipocondrio Derecho.
 - Ictericia/ elevación de bilirrubina-fosfatasa alcalina.
 - Dolor en hipocondrio derecho con fiebre.

- Indicaciones de la ecografía clínica pancreática:
 - o Dolor epigástrico/dispepsia subaguda con síntomas de alarma: astenia, anorexia, pérdida de peso e irradiación a espalda.
 - o Dolor agudo epigástrico de rápida instauración y signos de gravedad: defensa peritoneal, fiebre, vómitos y taquicardia.
- Indicaciones de la ecografía clínica del sistema nefrourológico:
 - o Dolor cólico en fosa renal.
 - o Dolor en fosa renal y fiebre
 - o Síntomas de tracto urinario inferior en el hombre adulto.
 - o Hematuria.
 - o Alteración de la función renal.
- Indicaciones de la ecografía clínica del tiroides.:
 - Palpación de nódulo tiroideo.
 - Palpación de bocio.

INDICADORES

Número de pacientes explorados con ecografía/Nº total de días agendados
Estudio de concordancia diagnóstica en las tres localizaciones entre la solicitud y las indicaciones de ecografía.
Tiempo de espera desde citación hasta realización ecografía

DURACIÓN

De Enero a Marzo de 2019 ; Se genera la agenda, se decide horario de realización ecografía y se elabora folleto informativo para los pacientes. Se comunica circuito a los profesionales del Centro de salud.

De Marzo a noviembre de 2019: se realizan las ecografías

De Noviembre a enero 2020 evaluación estadística

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0329

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE ECOGRAFIA EN EL CENTRO DE SALUD DE ANDORRA

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0488

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión MATRONA
· Centro CS ANDORRA
· Localidad ANDORRA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas fueron las siguientes:

Talleres cíclicos a los que se van incorporando tras parto

1.- 5 talleres de masaje infantil

Durante 5 semanas : masaje infnatil : piernas, abdomen, pecho, brazos, cabeza y espalda

2.- Taller sobre desarrollo psicomotor

Se explico el desarrollo normal de los niñ@s hasta el 1º año de vida

3.- Taller sobre alimentación infantil

Nuevas recomendaciones sobre alimentacion infantil. Alimentacion Complementaria.

4.- Taller sobre primeros auxilios

Atragantamientos y rcp en lactanctes (2015)

5.- Taller sobre suelo pélvico

Situar el suelo pelvico en las mujeres y ejercicios postparto

El calendario marcado se cumplio (lunes de 11h a 12h) aunque el máximo problema fue que algunas madres / padres no acudian todas las semanas .

Los recursos empleados : colchonetas, sábanas, ordenador y fotocopias

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Stanadar marcado: Crear un espacio donde los los nuevos padres pueden expresar sus dudas y sus miedos relacionados con la crianza del bebe e intentar solucinar problemas en forma de ayuda de madre a madre con la supervision de un profesional. Vivencia positiva de la maternidad/paternidad.

Resultado : Dar confianza y seguridad a los nuevos padres en la crianza de sus hijos

Indicadores

Grado de conocimiento: se les paso un test de preguntas de verdadero / falso al principio y al final de las sesiones.

Grado de satisfaccion: en la ultima sesión se les paso una encuesta de satisfaccion.

Los resultados obtenidos son sido muy positivos, el proyecto ha tenido un gran impacto de forma positiva entre las madres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion general ha sido muy positiva, tan positiva que el proyecto sigue en pie y es algo que las madres solicitan tras el parto, aunque el unico inconveniente fue y es la falta de continuidad de muchas madres, dificil de solucionar ya que con un bebe en casa no hay horarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/488 ===== ***

Nº de registro: 0488

Título

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Autores:

REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0488

1. TÍTULO

TALLER DE CRIANZA PARA MADRES Y PADRES

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
intentar resolver dudas que las madres/padres tienen sobre la crianza de los bebés.

RESULTADOS ESPERADOS
Vivencia positiva de la maternidad /paternidad

MÉTODO
masaje para el bebé (3 /4 días)
charlas:
Desarrollo del bebé hasta el 1º año de vida
Alimentación complementaria
Taller de 1º auxilios
conocimiento de suelo pélvico en la mujer

INDICADORES
Grado de conocimiento, evaluación al principio y al final
Satisfacción de las madres/padres, encuesta

DURACIÓN
Desde octubre de 2016 a octubre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1355

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL GUILLEN MARIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIL MOLINOS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas para llevar a cabo este proyecto de mejora fue, en primer lugar, acudir al Centro de Salud de Alcañiz para ver cómo estaba distribuido y organizado un almacén de un centro ISO; y así posteriormente aplicarlo a nuestro centro.

El problema que hemos tenido, ha sido el poco espacio del que disponemos en nuestro almacén, lo que nos ha obligado a seguir almacenando material en otros puntos del centro de salud: el material de extracciones se almacena en la sala de extracciones, el de espirometrías y ECG en la sala de urgencias...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la puesta en marcha del proyecto, se han revisado caducidades mensualmente, y no ha habido incidencias de desabastecimiento de materiales de almacén.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los objetivos del proyecto se han visto cumplidos, tanto el de asegurar el suministro de materiales de almacén como el de controlar las caducidades del material.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1355 ===== ***

Nº de registro: 1355

Título
GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, MARTA GIL MOLINOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace tiempo se vienen detectando en nuestro centro de salud problemas puntuales de desabastecimiento de determinados fármacos y materiales que pueden retrasar e incluso comprometer la prestación de una atención eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar el suministro de materiales y fármacos. Controlar las caducidades de los materiales

MÉTODO

MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

* Implantación de los procedimientos de gestión de almacenes y botiquines del sector Alcañiz:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1355

1. TÍTULO

GESTION DEL ALMACEN EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

- o Establecimiento de stock mínimos en almacén del centro y consultorios
 - o Implementación del formato de rotura de stock
 - o Implementación de sistemática de revisión mensual de caducidades
 - o Implantación de un formato de solicitud de materiales/fármacos para abastecimiento de consultorios
- * Se visitará el centro de salud de Alcañiz donde se mostrará la sistemática de funcionamiento

INDICADORES

- * N° meses en los que se cumplimenta la hoja de revisión de caducidades
- * Registro de incidencias de desabastecimiento
- * Auditorías de botiquín por farmacéutica del sector

DURACIÓN

- * Mayo: visita al centro de salud de Alcañiz
- * Junio: determinación de stock mínimos y revisión de caducidades. Formación al personal.
- * Enero 2018: 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 - 2016/1356

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA GIL MOLINOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL
ALCAINE PARICIO ANA ISABEL
PEREZ OBON JOAQUIN
NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE
GINER SANCHO ANA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas son las marcadas en el proyecto inicial. Se han realizado los talleres en los seis colegios de la zona básica de salud, dando cobertura así al total de la población en edad escolar (de los 3 a los 12 años).

Los talleres han consistido en una pequeña presentación teórica sobre la importancia de mantener las manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos y las instrucciones para un correcto lavado de manos. Y una parte práctica, en la que, usando un producto de base alcohólica, los alumnos pueden comprobar la efectividad del lavado con una lámpara de luz ultravioleta.

El material utilizado han sido los equipos informáticos de los distintos colegios, ya que se necesitan para la presentación del power point; y la lámpara de luz ultravioleta, prestada desde el servicio de formación continuada.

Además hemos elaborado unos carteles con los pasos para el correcto lavado de manos, que es lo que deben exponer en los colegios como recordatorio de la técnica a los alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento de la evaluación, en todos los colegios se mantienen los carteles informativos con la técnica del lavado de manos; y en uno de ellos, además de los carteles del baño, hay en el aula de infantil, por iniciativa de la maestra.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vista la aceptación tanto por parte del alumnado, como por parte del profesorado, creemos pertinente la continuidad del proyecto.

Como único cambio en lugar de realizar los talleres coincidiendo con la fecha del Día mundial del lavado de manos; y añadiendo que la disponibilidad de la lámpara va en función de otros servicios; para próximos cursos, se realizarán las sesiones coincidiendo con el temario escolar referente a la salud y los hábitos saludables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1356 ===== ***

Nº de registro: 1356

Título
MANOS RELUCIENTES

Autores:
GIL MOLINOS MARTA, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, ALCAINE PARICIO ANA ISABEL, PEREZ OBON JOAQUIN, NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE, GINER SANCHO ANA LUISA, MADRONA ELENA ISABEL, BUÑUEL PELLICER MARI LUZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1356

1. TÍTULO

MANOS RELUCIENTES

PROBLEMA

Con motivo de la celebración del Día Internacional del lavado de manos 2016, surge la iniciativa a nivel de sector de la posibilidad de realizar un taller de lavado de manos en la población escolar. A título voluntario, algún profesional del centro de salud, acude a los tres colegios que forman parte del CRA Matarraña a impartir los talleres, siendo un éxito tanto la participación infantil como la colaboración por parte del profesorado.

Por este motivo, se decide emprender este proyecto, y que en esta ocasión pretende abarcar los colegios de toda la zona básica de salud, incluyendo a los dos CRAs que lo forman (CRA Matarraña y CRA Algars).

El proyecto está destinado a niños en edad escolar preferiblemente de educación infantil, siendo posible su extensión a alumnos de educación primaria si se observan cambios en el alumnado de un año a otro.

Se elige como prioritario al alumnado de educación infantil porque comprende a los alumnos nuevos del centro escolar, ya que los de educación primaria asistieron al primer taller realizado.

En el CRA Algars que no conocen la actividad se incluirá a todos los alumnos.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar a la población infantil sobre la importancia de tener unas manos limpias y su efecto sobre la prevención de enfermedades.

Conseguir que los niños aprendan una buena técnica de lavado de manos.

MÉTODO

Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto por el que quede constancia de la atención comunitaria que se va a realizar. En una segunda fase, y a ser posible, coincidiendo con las fechas próximas al Día del lavado de manos (en Octubre), realización de los talleres en los diferentes colegios de la Zona de Salud. Y una tercera fase, de evaluación de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de los talleres que consista en una comprobación in situ de que se mantiene el material aportado a los colegios por nuestra parte (carteles con los pasos para una correcta higiene de manos).

El taller con los alumnos consistirá en una parte teórica sobre la importancia de mantener unas manos limpias, los momentos en los que se deben lavar las manos

y la técnica de lavado de manos; y una parte práctica en la que los alumnos podrán comprobar si su lavado de manos ha sido efectivo con la utilización de un producto de base alcohólica tratado con reactivo y una lámpara ultravioleta que dejará a la vista las zonas en las que no haya llegado el producto.

INDICADORES

En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta en cuántos colegios de los que se realice la actividad mantienen los carteles con los pasos del lavado de manos, datos que pondrán de manifiesto el interés del centro en esta actividad, y en el caso de que los carteles ya no estén puestos, que se especifique el motivo de su retirada.

Con los datos obtenidos se podrán sacar conclusiones, y cuestionar si se continúa o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo.

DURACIÓN

Mayo-Junio: Elaboración del proyecto

Octubre: desarrollo de los talleres

Enero 2018: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva realizando desde enero hasta diciembre de 2018. Para el cumplimiento de los resultados se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador, escala de valoración de Zarit, estrategias y cuidados de enfermos de Alzheimer.
- Hemos identificado a los familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite, seleccionando los participantes para el proyecto.
- Hemos contactado con los participantes por teléfono, explicándoles la finalidad del estudio solicitándoles su consentimiento informado.
- Hemos realizado a cada cuidador una entrevista semiestructurada (datos cualitativos) mediante una grabadora de audio para evitar pérdida de información relevante.
- Hemos aplicado la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit (datos cuantitativos) a los cuidadores seleccionados para detectar su nivel de sobrecarga previa a las intervenciones.
- Tras la recogida de la información, se han analizado los datos cualitativos (entrevista semiestructurada) mediante el programa estadístico MAXQDA y los cuantitativos (escala Zarit) mediante la base estadística SPSS.
- Se ha diseñado un programa psicoterapéutico de 5 talleres grupales a cuidadores basados en las necesidades detectadas de estos tras el análisis de los datos obtenidos mediante la entrevista semiestructurada.
- Se han realizado 5 talleres grupales quincenales a cuidadores tratándose las temáticas: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales disponibles en la comunidad.
- Tras la finalización de los talleres, se ha aplicado de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores asistenciales.
- Se han reevaluado y analizado los resultados mediante la comparativa de los indicadores.
- Se han propuesto medidas de mejora en aquellos indicadores susceptibles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: N° de cuidadores participantes en el programa*100/n° de cuidadores seleccionados. Estándar 100%
13 cuidadores participantes en el programa*100/20 cuidadores seleccionados, conseguido 65%
- INDICADOR 2: N° de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de Zarit a la finalización de los talleres formativos*100/ n° de cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de la sobrecarga del cuidador de Zarit antes de la realización de los talleres. Estándar 100%
11 cuidadores a los que aplicamos la escala de valoración de Zarit al final de los talleres
formativos*100/13cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit antes de los talleres formativos. Conseguidos 84,64%
- INDICADOR 3: N° de talleres grupales a cuidadores realizados*100/ N° de talleres grupales a cuidadores programados. Estándar 100%
5 talleres grupales realizados*100/5 talleres grupales programados. Conseguido 100%.
- INDICADOR 4: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit <47 puntos (no sobrecarga) previo a los talleres formativos*100/N° de cuidadores seleccionados. Estándar 100%
2 cuidadores con una puntuación de Zarit <47 puntos previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 15,38%
- INDICADOR 5: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit <47puntos (no sobrecarga) después de los talleres formativos*100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%
4 cuidadores con una puntuación de Zarit <47 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11 cuidadores que permanecen en el proyecto.
Conseguido 36,36%.
- INDICADOR 6 N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos (sobrecarga leve) previo a los talleres formativos*100/N° de cuidadores seleccionados.
6 cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 46,15%
- INDICADOR 7: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit entre 47-55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto.
5 cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 puntos después de la realización de los talleres formativos*100/11cuidadores que permanecen en el proyecto. Conseguido 45,45%.
- INDICADOR 8: N° de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración de Zarit >55 puntos (sobrecarga intensa) previo a los talleres formativos*100/N° de cuidadores seleccionados.
5 cuidadores con una puntuación de Zarit <
>55 puntos previo a la realización de los talleres formativos*100/13 cuidadores seleccionados. Conseguido 38,46%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

- INDICADOR 9: Nº de cuidadores con una puntuación en la escala de valoración Zarit > 55 puntos después de la realización de los talleres formativos * 100 / Nº de cuidadores que permanecen en el proyecto
2 cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 puntos después de la realización de los talleres formativos * 100 / 11 cuidadores seleccionados. Conseguido 18,18%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras analizar el INDICADOR 1, el estándar deseado es el 100%, sin embargo el resultado obtenido es del 65%. Esto es debido a que a pesar de seleccionar inicialmente 20 cuidadores de enfermos de Alzheimer la participación real ha sido menor. Sería muy aconsejable contactar con aquellos cuidadores que no han participado para poder conocer sus necesidades reales y poder realizar una nueva intervención acorde a sus necesidades.
Tras analizar el INDICADOR 2, el estándar deseado es el 100% sin embargo el resultado obtenido es el 84,61%. Hemos perdido el seguimiento de 2 cuidadores durante el desarrollo de los talleres. Como propuesta de mejora, se debería contactar con ambos cuidadores y proponerles nuevas fechas y horarios para impartirles la formación.

CONCLUSIONES:

Tras la aplicación de la escala de valoración Zarit y determinar el nivel de sobrecarga de los cuidadores podemos detectar las necesidades de los mismos.

La técnica de utilizar talleres grupales es satisfactoria entre los cuidadores, y se ha determinado una disminución en la sobrecarga de los mismos.

Podemos concluir que sería aconsejable seguir realizando periódicamente estos talleres en aquellos cuidadores que sigan padeciendo sobrecarga en el cuidado de sus familiares dependientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1093 ===== ***

Nº de registro: 1093

Título
DETECCION E INTERVENCION DE LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
SIMON MELCHOR ALBA, LLORENS PALANCA DOLORES, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad de Alzheimer es una patología de larga evolución e invalidante que impide al individuo la realización de las actividades de la vida diaria.

El cuidador principal es aquella persona que asume la responsabilidad integral de la atención y cuidado del paciente con Alzheimer.

En ocasiones, esta atención sobrepasa la propia capacidad física y mental del cuidador, conformando un evento estresante crónico, dando lugar a la denominada sobrecarga del cuidador. Esta sobrecarga tiene fuertes repercusiones sobre el receptor de los cuidados dando lugar a situaciones de claudicación o abandono del cuidado, institucionalización etc. Estas repercusiones ocasionan un elevado coste en el sector público y privado, hospitales o residencias.

Para reducir el impacto del Alzheimer se considera imprescindible ofrecer una formación completa acerca de esta patología a la población general, especialmente a los cuidadores.

Una mayor implicación de estos puede favorecer su diagnóstico precoz, aumentando su esperanza y calidad de vida. Sería recomendable realizar técnicas de educación sanitaria a los familiares de enfermos de Alzheimer ya que son una importante red de apoyo.

Los métodos que se han utilizado para identificar problemas, priorizar, evaluar las causas y proponer acciones de mejora han sido Brainstorming y Grupo Nominal.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Detectar el grado de sobrecarga del cuidador principal en el Centro de Salud de Calaceite e intervenir para disminuirla, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos:

- Medir el grado de sobrecarga subjetiva sentida por el cuidador mediante la escala de valoración de Zarit (< 47 puntos: no sobrecarga, 47-55: sobrecarga leve y > 55: sobrecarga intensa).
- Conocer las vivencias y preocupaciones de los cuidadores principales.
- Diseñar un programa psicoterapéutico según las necesidades de los cuidadores para formales y ayudarles en el cuidado.

MÉTODO

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca de la sobrecarga del cuidador y cuidados de los enfermos de Alzheimer.
- Identificar a los familiares de enfermos de Alzheimer del Centro de Salud de Calaceite para seleccionar los participantes del proyecto.
- Contactar con los participantes por teléfono, explicarles la finalidad del estudio y solicitar su consentimiento informado.
- Realizar una entrevista semiestructurada y aplicar la escala de Zarit.
- Transcribir y codificar los datos obtenidos en la escala y entrevista mediante los programas estadísticos SPSS y MXQDA.
- Diseñar el programa psicoterapéutico.
- Realizar 5 talleres a cuidadores relacionados con: manejo de úlceras por presión, fomento de la salud del cuidador, técnicas de alimentación y eliminación, estrategias para el control de impulsos y manejo de la medicación, recursos sociales comunitarios disponibles.
- Realizar de nuevo la escala de Zarit al finalizar los talleres.
- Analizar los resultados de las escalas de Zarit al inicio y final del proyecto.

INDICADORES

- N° de cuidadores participantes en el programa*100/N° cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- N° de cuidadores a los que aplicamos la escala de Zarit tras los talleres*100/N° de cuidadores a los que aplicamos el Zarit previo a los talleres. Estándar 100%.
- N° de talleres realizados*100/ N° de talleres programados. Estándar 100%.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 previo a los talleres *100/N° de cuidadores seleccionados. Estándar 100%.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit < 47 después de los talleres *100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto. Estándar 100%.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 previo a los talleres *100/N° de cuidadores seleccionados.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit entre 47-55 después de los talleres *100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 previo a los talleres *100/N° de cuidadores seleccionados.
- N° de cuidadores con una puntuación de Zarit > 55 después de los talleres *100/N° de cuidadores que permanecen en el proyecto.

DURACIÓN

El proyecto se está desarrollando con continuidad durante 2018 y se realizará su medición a final de año.

- Búsqueda bibliográfica: enero de 2018.
- Identificar y contactar con los familiares de enfermos de Alzheimer: febrero-marzo de 2018.
- Seleccionar del Centro de Salud de Calaceite los cuidadores para el proyecto: abril-mayo de 2018.
- Solicitar la firma del consentimiento informado para participar en el estudio: mayo de 2018.
- Realizar la entrevista y aplicar la escala de Zarit a cada cuidador: mayo-junio de 2018.
- Transcribir los datos mediante los programas SPSS y MXQDA: julio de 2018.
- Diseñar el programa psicoterapéutico: agosto de 2018.
- Realizar los 5 talleres grupales: septiembre-octubre-noviembre de 2018.
- Aplicar de nuevo la escala de Zarit a los cuidadores tras los talleres formativos: noviembre de 2018.
- Analizar los resultados mediante los indicadores y formular propuestas de mejora: noviembre-diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1093

1. TÍTULO

DETECCION E INTERVENCION DE LASOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ENFERMOS CON ALZHEIMER EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0101

1. TÍTULO

SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA GIL MOLINOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN MARIN JOSE MANUEL
GINER SANCHO ANA LUISA
FERRER SOROLLA DANIEL
PEREZ OBON JOAQUIN
MILLAN GINER CLEMENTE
NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE
BERNAD ARCUSA PEDRO IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas han consistido en la realización de los talleres en los tres colegios que forman parte del CRA Matarranya.

La preparación del power point, se realizó en conjunto por todo el grupo de trabajo, abordando temas fundamentales de primeros auxilios: Maniobras de RCP, atragantamientos, quemaduras, curas de heridas y epistaxis.

Tras la solicitud al sector de los muñecos de RCP, se concertó cita con los colegios, y se avisó al alumnado de 1º, 2º y 3º de Educación Primaria que el día que les tocara la realización del taller acudieran al colegio con un muñeco, a ser posible blandito para poder maniobrar.

El contenido de los talleres ha variado según la edad de los alumnos:

-Alumnos de 1º, 2º y 3º de Primaria: Preguntas sobre las expectativas del taller y encuesta grupal de conocimientos previos. Breve explicación acerca de los primeros auxilios. Práctica de posturas de seguridad por grupos (sobre tatamis), práctica de RCP y maniobra de Heimlich con sus muñecos de peluche, turno de preguntas y experiencias personales. Al final, se repite el cuestionario grupal para valorar el aprendizaje.

-Alumnos de 4º, 5º y 6º de Primaria: Breve cuestionario sobre los conocimientos previos y las expectativas del taller. Explicación con el material de soporte power point sobre conceptos de primeros auxilios, lipotimias, maniobras de RCP, atragantamientos, curas de heridas y quemaduras, y epistaxis. A continuación, práctica sobre posturas de seguridad por parejas; y RCP y maniobra de Heimlich con los maniqués (por grupos y rotando en los tres muñecos); y por último, nociones sobre cuidados de heridas, quemaduras y epistaxis. Por último, turno de preguntas y experiencias personales, y repetición del cuestionario para valorar la adquisición de nuevos conocimientos. Se ha cumplido el calendario marcado, puesto que los talleres se han llevado a cabo en el trimestre en el que han tratado el proyecto de salud y cuerpo humano, siendo necesarias un total de 9 sesiones para tratar todos los contenidos.

Los recursos materiales aportados por nuestra parte han sido los muñecos prestados desde el sector, puesto que las instalaciones y el soporte informático nos lo han facilitado en cada colegio.

En la preparación del power point ha participado todo el equipo, y en la distribución de las consultas para que un médico y una enfermera hayan podido acudir a los colegios, se ha visto implicado también todo el equipo de trabajo.

No se ha utilizado ningún medio público de difusión antes de realizar la actividad, pero sí que se ha dado difusión por medio de las redes sociales del colegio, una vez realizada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las encuestas de satisfacción han sido favorables en el 100% del alumnado, cumpliendo en todos los casos las expectativas que se tenían previstas.

En cuanto a conocimientos, ha habido una reducción considerable de los errores pre a los post taller.

Se ha observado también un mayor porcentaje de errores con los alumnos más jóvenes, frente a los alumnos de 4º a 6º.

-Resultados de evaluación anterior al taller:

Solo un 28% de errores en los alumnos de 4º a 6º, frente a un 54% de errores en los alumnos de 1º a 3º, casi el doble.

-Resultados de evaluación posterior al taller:

98% de aciertos en los alumnos de 4º a 6º, y 80% en los alumnos de 1º a 3º.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Puesto que el indicador a evaluar era el resultado favorable de la encuesta de satisfacción, ha quedado claro que el alumnado está interesado en la actividad.

No ha quedado pendiente ningún aspecto de los que estaban previstos.

Vista la aceptación tanto por parte del alumnado como del profesorado del centro, creemos pertinente continuar con esta actividad en los próximos cursos, quedando a disposición del Colegio para aceptar nuevas sugerencias.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0101

1. TÍTULO

SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

*** ===== Resumen del proyecto 2019/101 ===== ***

Nº de registro: 0101

Título
SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

Autores:
GIL MOLINOS MARTA, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, GINER SANCHO ANA LUISA, MUÑIZ VEGA MARIA MERCEDES, PEREZ OBON JOAQUIN, MILLAN GINER CLEMENTE, BERNAD ARCUSA PEDRO IGNACIO, NAVARRO CALERO FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Ninguna patología. Educación para la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto está destinado a todos los alumnos de Educación Primaria, por ser quienes cursan la asignatura de Ciencias Naturales.

RESULTADOS ESPERADOS
Adiestrar a la población infantil para que sean capaces de reaccionar correctamente ante una situación de emergencia vital (parada cardiorrespiratoria, atragantamientos, ahogamientos, quemaduras o accidentes). Complementar la enseñanza, en lo que a materia de salud se refiere, impartida por el profesorado en sus clases (hábitos saludables e higiene).

MÉTODO
Las actividades a realizar son, en un primer lugar, la elaboración de material de soporte para la clase (power point), solicitar muñecos de RCP al sector, y por último concretar fecha con los colegios para la realización de la actividad.
En segundo lugar, la realización de las clases o talleres, adaptando su contenido a la edad de los alumnos:
- Alumnos de 1º a 3º: Breve explicación de en qué consisten los primeros auxilios que van a practicar ellos mismos con muñecos o peluches que habrán traído de sus casas. Práctica de posturas de seguridad (por grupos), práctica de RCP y maniobra de Heimlich (a sus propios muñecos); y turno de preguntas sobre dudas que puedan tener ante cualquier tipo de actuación en una urgencia, y explicación de experiencias personales.
- Alumnos de 4º a 6º: Explicación con el material de soporte, práctica sobre posturas de seguridad (por grupos), práctica de RCP en muñecos (por grupos y rotando por los tres maniquís), práctica de maniobra de Heimlich con el maniquí grande, nociones sobre actuación en heridas y curas, y turno de preguntas y participación del alumnado en dudas que les hayan podido surgir.
Y en tercer lugar, y por último, realización de una breve encuesta de satisfacción a los alumnos adaptada a su edad.
Se les pasará un cuestionario sobre conocimientos previos antes de empezar la actividad, y el mismo cuestionario al finalizar.

INDICADORES
En el momento de la evaluación se tendrá en cuenta el resultado de las encuestas de satisfacción, puesto que es la forma de ver el interés del alumnado en la actividad que están realizando y de ahí pueden salir posibles modificaciones para los próximos cursos; ya que es una actividad a la que se pretende dar continuidad en el tiempo.

DURACIÓN
La fecha de inicio del proyecto es el momento de su elaboración (Enero 2019) y no está prevista su fecha de finalización porque si resulta una actividad con éxito se seguirá realizando para los próximos cursos.
Elaboración de material de soporte: Actividad realizada por todos los componentes del grupo de trabajo a partir de Enero, en horario de reuniones de EAP.
Solicitud de muñecos al sector durante el mes de Septiembre, para poder disponer de ellos durante el 1er trimestre lectivo, que es cuando están trabajando el bloque de la salud.
Desarrollo de los talleres en las distintas aulas, empleando una clase de Ciencias Naturales por cada grupo (aproximadamente 60 minutos de duración), y dependiendo de la disponibilidad de los muñecos.
El número de sesiones a realizar, oscilará entre 9 y 12 en total, dependiendo del número de alumnos y de la organización de las clases en los distintos colegios del CRA. Por ello, si solamente tienen dos clases de Ciencias Naturales por semana, la actividad se irá desarrollando durante todo un mes; ya que los maniquís y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0101

1. TÍTULO

SALVANDO A NUESTROS PELUCHES

el material de soporte es el mismo para todos los grupos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0164

1. TÍTULO

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA SIMON MELCHOR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALACEITE
· Localidad CALACEITE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIGA ZARAZAGA NADIA
FERRER SOROLLA DANIEL
GUILLEN MARIN JOSE MANUEL
SOLANO CASTAN JAVIER
JIMENEZ SESMA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se lleva realizando desde febrero hasta diciembre de 2019.

Para el cumplimiento de los resultados se han llevado a cabo las siguientes acciones:

- Hemos realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos biomédicas acerca del impacto del ejercicio físico en personas que padecen Diabetes Mellitus tipo II: febrero-marzo de 2019.
- Se elaboraron carteles informativos en color del proyecto y se presentaron a los compañeros del equipo del Centro de Salud de Calaceite: marzo-abril de 2019.
- Hemos expuesto los carteles diseñados en el tablón de anuncios del Centro para informar y fomentar estilos de vida saludables: mayo de 2019.
- Se han diseñado rutas por entornos naturales del municipio: mayo-junio de 2019.
- Hemos contactado con los potenciales participantes por teléfono, explicándoles la finalidad del proyecto y solicitándoles su consentimiento informado: junio de 2019.
- Se hizo entrega a los participantes de una encuesta sobre estilos de vida: junio de 2019.
- Durante septiembre y octubre de 2019 se han realizado las siguientes actividades: toma de constantes y estiramientos previos, paseos de 60 minutos, técnicas de relajación de Jacobson, estiramientos y toma de constantes posterior: glucemia, tensión arterial, frecuencia cardiaca y saturación de oxígeno.
- Tras la finalización de la actividad hemos recogido de nuevo la encuesta de estilos de vida y hemos hecho entrega de un cuestionario de satisfacción: octubre de 2019.
- Tras la finalización de los meses de paseos, hemos analizado los resultados y planteado medidas de mejora en aquellos indicadores susceptibles: noviembre-diciembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- INDICADOR 1: 12 pacientes diabéticos que realizan la actividad/ 25 pacientes diabéticos seleccionados*100. Conseguido 48%.
- INDICADOR 2: 12 de pacientes diabéticos que realizan la actividad/ 12 encuestas cumplimentadas sobre estilos de vida saludables al comenzar la actividad*100. Conseguido 100%.
- INDICADOR 3: 10 encuestas sobre estilos de vida saludables al finalizar la actividad/12 pacientes diabéticos que realizan la actividad*100. Conseguido 83,3%.
- INDICADOR 4: 10 cuestionarios cumplimentados de satisfacción al finalizar la actividad/ 12 pacientes diabéticos que realizan la actividad *100. Conseguido 83,3%.
- INDICADOR 5: 10 pacientes diabéticos que continúan con la actividad al finalizar el año/ 12 pacientes diabéticos que comienzan la actividad*100. Conseguido 83,3%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El resultado obtenido en el indicador número 1 ha sido del 48%, muy por debajo del estándar deseado, por lo que la participación ha sido menor de la esperada. Sería aconsejable volver a contactar con aquellos pacientes que no han participado para poder conocer sus necesidades reales y poder realizar una nueva intervención acorde a sus necesidades.

El resto de indicadores reflejan que se ha perdido el seguimiento de 2 participantes durante el desarrollo del proyecto. Como propuesta de mejora se debería contactar con ambos participantes y proponerles nuevas fechas y horarios para su inclusión.

Los resultados de la medición de las constantes vitales han evidenciado una clara mejoría en el 80% de los pacientes tras la realización del ejercicio, destacando una disminución en la glucemia y un aumento en la saturación de oxígeno.

7. OBSERVACIONES.

Podemos concluir que sería aconsejable seguir realizando periódicamente esta actividad en aquellos pacientes susceptibles de beneficiarse de ella.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/164 ===== ***

Nº de registro: 0164

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0164

1. TÍTULO

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

Autores:
SIMON MELCHOR ALBA, ORTIGA ZARAZAGA NADIA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN, GUILLEN MARIN JOSE MANUEL, SOLANO CASTAN JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALACEITE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo II (DM II) es una patología metabólica, se caracteriza por tener los niveles de glucosa elevados en sangre de forma persistente, además tiene una elevada morbimortalidad asociada. La DM II es una enfermedad crónica y se ha convertido en la gran amenaza del siglo XXI, incluso afecta a tantas personas que, en algunos países, está ya cerca de la pandemia. Cada año aumenta considerablemente el número de personas que padecen DM II en la comunidad de Aragón, una tendencia que según todos los expertos no está previsto que se detenga. En 2017 afectaba a unos 120.000 aragoneses y se prevé que en 2030 esta cifra pueda superar los 220.000, es decir pueda llegar a afectar al 17% del total de la población aragonesa. Según el cuadro de mandos de la Diabetes, en nuestro Sector Alcañiz hay 5.353 pacientes diagnosticados de DM II con una prevalencia del 7,73% y en el Centro de Salud de Calaceite hay 221 pacientes diagnosticados con una prevalencia del 9,24%. En la mayoría de los casos los principales factores de riesgo de DM II son el sedentarismo y una alimentación incorrecta. El sedentarismo se define como aquellas actividades asociadas a un gasto energético menor de 1,5 METS (MET= Equivalente Metabólico Basal) e incluye actividades como estar sentado, ver la televisión, conducir etc... Para combatir el sedentarismo se recomiendan de 45-60 minutos de ejercicio como paseos, natación, bicicleta etc... durante al menos 5 días por semana. Tras analizar estos datos, nos parece un proyecto pertinente debido al aumento de la prevalencia de la DM en nuestro sector.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la motivación acerca de la realización ejercicio físico, de los pacientes con DM II del Centro de Salud de Calaceite.
- Informar y sensibilizar a los ciudadanos acerca de la importancia de la DM II sobre la salud.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Mejorar la calidad de vida y aumentar el empoderamiento de los pacientes en el control de su enfermedad.
- Reducir el nivel de estrés mediante el fomento del ejercicio físico, el ejercicio en la naturaleza además incrementará el beneficio conseguido.
- Garantizar la continuidad del proyecto y aplicar mejoras futuras.

MÉTODO

Se realizarán paseos de marcha leve o moderada, según la condición física de los participantes, por los alrededores de la población de Calaceite. Antes y después de los paseos se programarán series de estiramientos y al finalizar se realizarán 20 minutos de ejercicios de relajación. La actividad se llevará a cabo los viernes a las 18:00 horas y tendrá una duración de 60 minutos.

INDICADORES

- N° de pacientes seleccionados para realizar la actividad/ N° de pacientes que realizan la actividad*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre hábitos sedentarios al comenzar la actividad*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre hábitos sedentarios al finalizar la actividad*100.
- N° de pacientes que realizan la actividad/N° de encuestas cumplimentadas sobre motivación, satisfacción y sugerencias de los pacientes a los dos meses de finalizar la actividad *100.
- N° de pacientes que continúan con la actividad al finalizar el año/N° de pacientes que comienzan la actividad*100.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0164

1. TÍTULO

PROYECTO "ACTIVATE" PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALACEITE

El proyecto se desarrollará desde enero hasta diciembre de 2019. Comenzará en mayo coincidiendo con la primavera y la llegada del buen tiempo para facilitar los paseos.

A pesar de la estimación de estas fechas, la pretensión es que sea un proyecto que se continúe realizando a largo plazo e incluso se pueda ampliar y promover en otros Centros de Atención Primaria.

- Búsqueda bibliográfica en bases de datos: enero-febrero de 2019.
- Diseño de carteles informativos: marzo de 2019.
- Difusión de los carteles informativos: marzo de 2019.
- Selección de los participantes y diseño de los paseos de marcha: abril de 2019.
- Jornada de presentación del proyecto "Actívate" a los profesionales del Centro de Salud: abril de 2019.
- Medición de constantes vitales (TA, FC y SatO2) al comenzar los paseos: mayo-octubre de 2019.
- Medición de constantes vitales al finalizar los paseos: mayo-octubre de 2019.
- Realización de los paseos, estiramientos y relajación: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas sobre hábitos sedentarios al comenzar y finalizar la actividad: mayo-octubre de 2019.
- Entrega y cumplimentación de encuestas sobre motivación, satisfacción y sugerencias de los pacientes a los dos meses de finalizar la actividad: diciembre de 2019.
- Análisis de los resultados y planteamiento de acciones correctivas: diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

El proyecto es susceptible de modificaciones según la disponibilidad de los profesionales y de los pacientes participantes.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORRAZ MIR PILAR
VILLALBA MIR ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se entrega un test antes de comenzar la actividad para valorar los estereotipos masculino-femenino que llevan muchas veces a la desigualdad hombre-mujer, preguntando sobre quién realiza ciertas actividades o trabajos en su casa y quién consideran que debería realizarlos a nivel general.

Se realizan 10 sesiones formativas de 55 minutos cada una, distribuidas por cursos de la siguiente manera:

15 Enero 2018: 3º A ESO: 22 alumnos

17 Enero: 3º B ESO: 25 alumnos

19 Enero: 3º C ESO: 25 alumnos

22 Enero: 2º A ESO: 20 alumnos

26 enero: 2º B ESO: 18 alumnos

Cada sesión se desarrolló según el siguiente cronograma:

1. Definiciones de Violencia de género y estadísticas de violencia
2. Definición de Adolescencia y Sexismo. Roles y estereotipos masculinos y femeninos.
3. Las primeras manifestaciones de la violencia. Violencia de control
4. Proyección de 5 cortos dirigidos por mujeres de la Asociación de Mujeres Cineastas y de Medios Audiovisuales, que describen 5 situaciones muy frecuentes sobre hábitos tóxicos, que no siempre son relacionadas con las primeras manifestaciones de Violencia. SIMPLEMENTE NO TE QUIERE
5. Diferenciación de sexo y sexualidad. Explicación de diferentes orientaciones sexuales
6. Explicación de métodos de prevención de embarazos y ETS. Videos y fotografías
7. Durante toda la exposición se anima a los alumnos a preguntar y a intercambiar sus ideas y conocimientos.
8. Al final se aclararán dudas y se entrega el mismo test que al principio para valorar la diferencia de las respuestas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En general las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas. Muchos alumnos comentan que les ha ayudado a responder dudas y a tener más claras las actitudes que pueden considerarse violencia, sobre todo con respecto a la violencia de control.

Tras Valorar el Pretest Y el postest tenemos estos resultados:

En el pretest el 70% mantienen el estereotipo masculino-femenino en su casa y el 50% considera que hay actividades que deberán realizar las mujeres y otras los hombres.

En el postest cambia el porcentaje: el 60% piensa que hay actividades que tradicionalmente las realizan las mujeres pero que podrían realizarlas también los hombres, de igual manera y viceversa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala de valoración del 1 al 5, y los resultados son:

1. Duración actividad: 52% puntúan con un 5
2. Expectativas cubiertas: 36% puntúan con 5
3. Utilidad: 55,5% puntúan con 5
4. Material del curso: 65,7% puntúan con 5
5. Formador: 70% puntúan con 5
6. Valoración del curso en general: 75% puntúan con 5

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/161 ===== ***

Nº de registro: 0161

Título
PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

Autores:
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, SALESA ALBALATE ALBERTO, FERRANDO AZNAR CLARA, MALLÉN MATEO SARA, LOPEZ FELEZ CARLOS,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

BORRAZ MIR PILAR, VILLALBA MIR ANA PILAR, PELLICER GARCIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
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.....: Promocion de la salud

PROBLEMA

Distintas investigaciones demuestran que los roles sexuales son ambivalentes y no siempre se ajustan al cambio social, pero esto no se corresponde con los comportamientos reales ante la formación de la familia y la corresponsabilidad en las tareas domésticas. Respecto a la violencia de género, la macro encuesta sobre la violencia de género en Aragón muestra que un 19.6% de las mujeres maltratadas se sitúan en franda de 18-29, pudiendo actuar antes de los 18 concienciando en los institutos sobre la importancia de estos estigmas sociales. En general, y sobre todo en la adolescencia, los jóvenes consideran que este tipo de relaciones y situaciones solo se dan en edad adulta, que "es cosa de mayores". Sin embargo, la violencia se presenta en todo tipo de relaciones, independientemente de la edad, de forma que es frecuente que las relaciones basadas en la violencia se inicien en edades tempranas, y que desde el principio esta sea una de sus características, o incluso en ocasiones, la principal.

Por otro lado se observa que los jóvenes, y en mayor medida, los de menor edad, no identifican las conductas de abuso psicológico.

Conductas del tipo de coacción, celos, insultos e incluso zarandeos, agarrones o golpes menores, no son considerados

maltrato. Cuando piensan en Violencia de género, piensan en agresiones de carácter grave, en palizas y en daños que afectan a la integridad física. Según Meras (2003), los chicos de instituto y bachillerato esperan que ellas renuncien a sus intereses y a otras relaciones, y que den máxima prioridad a la relación con ellos, minimizando la importancia del uso de según que tipo de violencia. Por su parte las chicas intentaran cumplir las prescripciones del rol femenino tradicional, creen que pueden cambiar o educar a su pareja, responsabilizándose del funcionamiento de la relación, y aceptando los comportamientos de celos como demostración de amor, entre otras cosas, lo que la pondrá en riesgo de implicarse y aceptar relaciones potencialmente violentas. Esto indica que ambos sexos comparten la creencia de que en los casos de violencia lo que ocurre es que los varones tienen dificultades para controlar su agresividad, y que esto es una cuestión hormonal que se debe aceptar.

El presente programa responde por tanto, a la necesidad de seguir trabajando la violencia de género con un grupo poblacional, los jóvenes, que por edad no solo tienden a minimizar la violencia, si no que también se suelen mostrar receptivos a ciertos cambios.

En cuanto a la educación sexual está claro que hoy la sexualidad entra de modos distintos en las instituciones educativas y nuestro objetivo es darle un enfoque médico y científico para poder prevenir tanto enfermedades de transmisión sexual como embarazos no deseados y así mejorar la calidad de la salud reproductiva en la población diana, incluyendo otras formas de entender la sexualidad, pretendidamente ignorada, como homosexualidad, para así pretender vivir la sexualidad de una manera honesta y respetuosa, evitando situaciones de riesgo, abuso y exclusión.

RESULTADOS ESPERADOS

Sensibilizar a los jóvenes de la magnitud del problema que nos atañe en violencia de género. Impulsar una educación en sexualidad abierta, respetuosa de ideas y opiniones y promover el conocimiento intelectual y la transmisión de información científica y confiables acerca de la prevención y disminución de riesgos y de embarazos tempranos, como la construcción paulatina de actitudes, sentimientos, valores y habilidades para el ejercicio de una sexualidad sana, segura, responsable, igualitaria y sin riesgos.

MÉTODO

SESIONES EN EL INSTITUTO. EDUCACION SECUNDARIA, DE 1º-ESO A 4º-ESO.
SESIONES EN EL INSTITUTO BACHILLERATO.

SESIONES SOBRE EDUCACION SEXUAL

SESIONES SOBRE PREVENCION VIOLENCIA DE GÉNERO

INDICADORES

PRE TEST

EVALUACIONES POST TEST

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0161

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y PREVENCION DE LA VIOLENCIA DE GENERO EN LA POBLACION ADOLESCENTE

SESIONES PRÁCTICAS Y ROLL PLAYING

DURACIÓN

INICIO ENERO 2017.

FINALIZACION JUNIO 2017

CRONOGRAMA POR DETERMINAR SEGUN

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 - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ALFREDO SANZ ALMALE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FELEZ CARLOS
GAUTHIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Captación:

Se realizó fundamentalmente a través de la conversación personal con los posibles asistentes en las consultas realizadas a pacientes diabéticos y además se utilizó un sistema de cartelería expuesta en los paneles de anuncio del Centro de Salud en el que se informaba de las fechas, contenido del curso y forma de apuntarse.

Sesiones realizadas:

Se realizaron cuatro sesiones formativas, realizadas semanalmente, en horario de 15,30 a 17 h, en la biblioteca del Centro de Salud, impartidas cada una de ellas por miembros del equipo que impartían una primera parte teórica, ayudado de material audiovisual realizado por ellos mismos y una segunda fase en forma de diálogo con los asistentes.

Los contenidos, fechas, número de asistentes y ponentes fueron:

1ª Sesión: Introducción:

Ponentes: Carlos López Félez

Fecha: 2 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 10

Temática:

¿Qué es la DM?

¿Cómo se produce?

¿Qué es la insulina?

¿Cómo se diagnostica?

¿Cuántos tipos de DM hay?

DM tipo 1

DM tipo 2

DM gestacional

2ª Sesión: ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes? (1)

Ponentes: Yolanda Gauthier Alfaro.

Fecha: 9 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 13

Temática:

Cuidarse es...

Factores que suben o bajan las glucemias

Dieta equilibrada

Beneficio de la actividad física

:

3ª Sesión: ¿Qué puedo hacer yo por mi diabetes? (2)

Ponentes: Elvira Chamocho Olmos

Fecha: 16 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 11

Temática:

Cuidados e higiene de los pies.

Cuidados de las encías y dientes.

Consejos para viajar con diabetes.

Cómo reaccionan las personas ante la enfermedad.

4ª Sesión: Tratamiento de la diabetes

Ponentes: Clara Ferrando Aznar y Alfredo Sanz Almalé.

Fecha: 23 de marzo de 2017

Nº Asistentes: 8

Temática:

Qué es la insulina

Páncreas: anatomía y funciones

Síntomas de la DM

Tipos de DM

DM tipo 1

DM tipo 2

Diferencias entre DM-1 y DM-2

Diabetes gestacional

Diabetes secundaria a fármacos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Tratamiento de la DM
Objetivos
Prevención de las complicaciones
Antidiabéticos orales
Insulina en la DM-2
Tipos de insulinas y mezclas
Hipoglucemias: Qué son y cómo actuar.
Hiperglucemias: Qué son y cómo actuar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Valoración de las sesiones:

Al finalizar la última sesión se pasó una encuesta (Formato PR-08_SA(P)E revisión:A) a todos los asistentes para que valoraran en conjunto todas las actividades realizadas. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

- La duración de la actividad formativa ha sido:	4,65
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:	4,75
- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:	4,77
- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:	4,81
- Valoración del formador:	4,69
- En general, el curso me ha parecido:	4,85

Los participantes en las sesiones mostraron personalmente su satisfacción con las sesiones realizadas y expresaron el deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres formativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes en el proyecto valoran la actividad realizada como muy positiva.

Se ha observado que sigue existiendo interés en la comunidad en la realización de talleres formativos sobre temas de salud, habiendo una preocupación de los enfermos sobre su enfermedad y manera de actuar frente a ella, abriendo la posibilidad de crear nuevas actividades de este tipo en tiempos futuros.

Los ponentes de las sesiones consideran que el tiempo empleado en la preparación de la sesión, así como los materiales y medios empleados no han sido excesivos y dado que ya se tienen preparados estos, debería utilizarse en la elaboración de nuevos talleres dedicados a nuevos pacientes.

Se pretende continuar con esta actividad, valorando realizarla en salones más amplios para poder llegar a mayor número de participantes, por lo que se contactará con el ayuntamiento para que nos dejen sus locales y también se considera que sería interesante hacer unas sesiones dedicadas a las trabajadoras de la Residencia de Ancianos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1367 ===== ***

Nº de registro: 1367

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

Autores:
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, FERRANDO AZNAR CLARA, SANZ ALMALE ALFREDO, LOPEZ FELEZ CARLOS, GAUTHIER ALFARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1367

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PROMOCION DE SALUD: EDUCACION DIABETOLOGICA EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD RURAL

En el EAP de Calanda no existe la cultura de realiza actividades para promover la educación sanitaria a grupos de enfermos crónicos, motivada por el ámbito rural y tamaño del equipo que hace que se tienda más actividades educativas de tipo individual. El año pasado se comenzó a realizar una actividad similar a est, con buen resultado, pero que en el análisis se vió que necesitaba ser mantenida y mejorada. Con este proyecto se pretende reactivar la política de mejora en la calidad en el EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y conseguir un acercamiento con la población que atendemos.

RESULTADOS ESPERADOS

Activación del EAP en relación con la Mejora de la Calidad.
Mejorar el conocimiento de su enfermedad en el grupo de los diabéticos tipo 2
Mejorar el nivel de la salud en los diabéticos tipo 2

MÉTODO

Realizar un ciclo de cuatro sesiones informativas dirigidas a los pacientes diabéticos tipo 2 de la Zona de Salud de Calanda. El número de participantes será de 15-20 personas. Se realizarán con carácter semanal y con una duración de una ora. Cada una de ellas será realizada por un miembro distinto del equipo, aunque su preparación será realizada por todos los miembros del equipo participantes en el proyecto.

La temática de las sesiones será:
Qué es la diabetes
Tratamiento dietético y ejercicio
Tratamiento farmacológicos. Insulina
Cuidados en el paciente diabético

INDICADORES

Evaluación inicial de conocimientos
Evaluación al finalizar el cursillo
Control de asistencias

DURACIÓN

Marzo 2017: Realización del cursillo
Abril 2017: Evaluación de la actividad realizada

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL LLORCA CAMARASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES
MALLEN MATEO SARA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Rotación de un enfermero en consulta de pruebas funcionales del Hospital de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.
Realización de sesiones clínicas en el Centro de Salud impartidas por personal del centro en relación a los siguientes temas:
Tabaquismo en AP en marzo del 2017
Manejo de EPOC en AP el 10 de Noviembre del 2017
Manejo de Espirómetro en AP 27 de Octubre del 2017
Manejo y Revisión del programa de Diabetes el 15 de Diciembre del 2017.
Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años.
Realización de forma rutinaria de índice tobillo brazo a los paciente diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes, en las consultas de enfermería tras la compra de un doppler vascular para el Centro de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado 63 espirometrías de modo fiable en nuestro Centro de Salud. El indicador de % de pacientes fumadores en los que se ha realizado espirometría en los últimos 5 años ha ascendido a 21,75%, desde el 9,57% que teníamos en Enero
La cobertura de valoración de pie diabético a través de ITB con Doppler Vascular ha alcanzado cifras de 62,96 % en diciembre del 2017, con respecto a la cobertura que teníamos en diciembre del 2016 que alcanzaba un 29,46% del total de diabéticos entre 50 y 80 años con diabetes de más de 10 años de evolución.
La prevalencia de la EPOC en nuestro Centro de Salud ha aumentado del 2,95% en diciembre del 2016 al 3,14% en diciembre del 2017.
Los indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo, han pasado del 45,1 % al 66,6%, y del 67,7% al 71,5% respectivamente, desde diciembre del 2016 a diciembre del 2017

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al aumentar los indicadores de detección e intervención tabáquica han permitido realizar un número mayor de espirometrías a pacientes fumadores en edad de riesgo, y como consecuencia de ello se ha producido un aumento de la prevalencia de la EPOC
Los pacientes diabéticos con pie de riesgo han sido detectados en consulta de enfermería y derivados al especialista para poder hacer un tratamiento específico y seguimiento de la enfermedad evitando complicaciones a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1442 ===== ***

Nº de registro: 1442

Título
IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Autores:
LLORCA CAMARASA MIGUEL, DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, MALLEN MATEO SARA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

Se da la circunstancia de que el centro tiene un espirómetro con jeringa de calibración que en estos momentos no se está utilizando.

Por otra parte el programa de atención integral a la diabetes de Aragón recomienda la realización de un índice tobillo-brazo cada 3 años a los pacientes diabéticos de entre 50 y 80 años con más de 10 años de antigüedad de la diabetes. Se ha comprado un doppler vascular y estamos en fase de implantación

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años
- Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito
- Realizar espirometrías de modo fiable en nuestro centro de salud
- Evaluar a los pacientes diabéticos

MÉTODO

- Rotación de un enfermero en las consultas de pruebas funcionales de Alcañiz para mejorar la capacitación en la realización de espirometrías en general y en la de la calibración del espirómetro en particular.
- Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro
- Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES

% de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años

Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo

% de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

% pacientes diabéticos mayores de 50 años y menores de 80, de más de 10 años de evolución de la diabetes a los que se ha realizado un índice tobillo-brazo en los últimos 3 años

DURACIÓN

- Formación en el manejo de los aparatos ya realizada
- Junio: sesión sobre consejo antitabáquico
- Junio-Diciembre: Implementación del programa
- Cada cuatro meses: análisis de los indicadores de resultados con los informes proporcionados por el sector.
- Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1442

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE NUEVAS PRUEBAS FUNCIONALES EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ FELEZ CARLOS
GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO
SANZ ALMALE ALFREDO
VIÑAS MUÑO RAQUEL
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad han mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

Derivados del análisis del año pasado en estos momentos se han realizado las siguientes acciones de mejora pendientes:

- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.
- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento
- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial. Se describe en otro proyecto
- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

Tras la revisión cuatrimestral se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:

- Planes de cuidados en EPOC. Actividades de rehabilitación respiratoria
- Realizar sesiones clínicas sobre el tema de EPOC e incrementar la petición de realización de espirometrías.
- Sesión sobre pie diabético.
- Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes.
- Sesión clínica sobre el tratamiento de las dislipemias
- Utilizar todo tipo de consulta, incluidos los MAC y EAC en urgencias, para la detección del tabaquismo.
- Sesión clínica sobre la actualización del calendario de vacunaciones infantiles

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Indicadores contrato de gestión y cuadro de mando de diabetes. Estos son los resultados comparativos con 2016:

CALANDA	2016	2017	MEJORA	ABSOLUTA
Intervención tabaquismo	67.75	71.53	3.78	
Detección tabaquismo	45.11	66.64	21.53	
RCV	75.53	78.64	3.11	
Epoc Sintomas	46.77	63	16.23	
Epoc Vías Aéreas	62.9	73.86	10.96	
Captación Dependiente	26.69	20	- 6.69	
Riesgo caídas	75	96	21	
Norton	73	95	22	
Zarit	18.75	74	55.25	

DIABETES

2016	2017	MEJORA	ABSOLUTA
Riesgo del pie	40	40	
HbA1C 6 meses	46.04	60.15	14.11
Conoc. Diabetes	61.63	75.39	13.76
Microalbuminuria	62.84	77	14.16
GFR	49.81	77	27.19
Presión Arterial	58.24	63.98	5.74
LDL	68.49	78.29	9.8
Exploración pie	44.83	56.7	11.87
Registro Hipoglucemia	49.8	69.3	19.5

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Destacamos el incremento en la detección de tabaquismo manteniendo el buen resultado de intervención en tabaquismo. También los indicadores de EPOC han mostrado mejoría sensible así como los del paciente dependiente.

En cuanto a diabetes destaca la mejora en la cobertura de analíticas globalmente así como la exploración del pie que ha mejorado un 10% respecto a 2016 con un resultado del 56,7%, estando algo más bajos en la evaluación del riesgo debido a que a principio de año no se registró adecuadamente, lo que corregimos tras la evaluación de Mayo..

En cuanto a indicadores de farmacia destacamos la mejora en los indicadores de prescripción de antibióticos en pediatría, que en la otitis media ha pasado del 84,55% en 2017 a 95,88%, y en el caso de la faringoamigdalitis estreptocócica 68 a 87%.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

Hasta el momento no disponemos de datos sobre consulta no presencial ni sobre indicadores basados en ACGs.

2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes. No se han detectado problemas en 2017

3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Se encontró en auditoria un mango de bisturí con esterilización caducada, que unido a otro hallazgo similar en este año ha dado lugar a una actividad de revisión mensual de las caducidades del material estéril

4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. No se han detectado problemas en 2017.

5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 17 incidencias registradas que han dado lugar a acciones de mejora

6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.

7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones. No se han encontrado hallazgos.

8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas

9. Seguridad clínica. El centro cuenta desde este año con un gestor de SINASP (Elvira Chamocho). Se han realizado sesiones sobre Anafilaxia, Reanimación cardiopulmonar, intoxicaciones por drogas y síndrome coronario agudo.

10. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 22/6/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados.

11. Auditoria interna: 26/6/17. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:

- Control mensual de la fecha de caducidad de los productos esterilizados
- Sesión clínica sobre cierre de órdenes clínicas en OMI-AP.
- Actualización del control de manuales de equipos con la inclusión del nuevo espirómetro y su jeringa de calibración

Como punto fuerte se destacó el control documental en Admisión en el centro de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Es de destacar la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año. En estos momentos estamos planteando nuestros nuevos objetivos para el año 2018.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1443 ===== ***

Nº de registro: 1443

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS, GARCIA ARAEZ LOPEZ JULIO, SANZ ALMALE ALFREDO, VIÑAS MUÑO RAQUEL, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Calanda está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS

Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO

1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;

- Detección e intervención en el tabaquismo. Implicación de MAC y EAC. Sesión clínica.
- Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos, con atención específica al cupo de menor rendimiento
- Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios
- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar . Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- Eficiencia en visitas: Implantación de consulta no presencial y sesión clínica Dejar de hacer para poder hacer (sesión clínica)
- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.
- Incremento del peso medio en ACGs del centro de salud mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.

2. Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes

3. Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.

4. Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

5. Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente

6. Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas

7. Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1443

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

8. Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
9. Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
10. Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
11. Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

- Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
- Mayo: revisión por la dirección
- Junio-Septiembre: auditoría interna
- Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO AZNAR CLARA
GAUTHIER ALFARO YOLANDA
LLORCA CAMARASA MIGUEL
VIÑAS MUÑO RAQUEL
MALLEN MATEO SARA
LOPEZ FELEZ CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se mantienen las citaciones de demanda no presencial para todos los pacientes que soliciten hablar con medicina o enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
DEMNP Enfermería:5,44% de media en el año 2018, siendo en el Sector Alcañiz del 3%
DEMNP Medicina:3,41% de media anual, siendo la media del Sector del 6,5%
DEMNP Pediatría:3,58% de media anual, siendo la media del Sector 4,58%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Según los datos obtenidos hemos conseguido estar mejor que la media del Sector en las consultas de Enfermería pero nos hemos quedado por debajo de la media en las de Medicina y Pediatría.
Nos queda como recomendación seguir intentando aumentar la citación de consultas no presenciales.
Damos por terminado el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, VIÑAS MUÑO RAQUEL, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEN MATEO SARA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES DOBATO LIEDANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑAS MUÑO RAQUEL
LLORCA CAMARASA MIGUEL
FERRANDO AZNAR CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs se ha implantado el programa de consulta no presencial en el Centro de Salud de Calanda.

Desde admisión se realiza la preparación de la consulta de demanda no presencial siguiendo los siguientes pasos:

1. Acuerdo con los profesionales del centro para introducir las citas DEMNP en su agendas
 2. Una vez decidido los horarios de las demandas, se realizan cambios en las matrices de todo el personal del centro
 3. Anulación del dietario anterior y generación de nuevas agendas debiendo de realizar la asignación de citas de las agendas anteriores a las nuevas generadas.
- Los pacientes que demanda atención telefónica son atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a que hora se les llamará a casa.

Se realiza una sesión clínica sobre la mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro.
Se han colocado carteles informativos en el Centro de Salud para difundir entre la población la puesta en marcha de esta iniciativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento no se nos ha informado del indicador de consulta no presencial por lo que desconocemos si hemos alcanzado los objetivos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación del programa ha sido bien acogida por los pacientes, muchos de ellos no pueden asistir a la consulta para realizar solo ciertos trámites, bien sea consulta sobre medicación, dudas, resultados... Aunque todavía muchos desconocen la DEMNP, poco a poco los pacientes la van solicitando y progresivamente aumenta la demanda de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1444 ===== ***

Nº de registro: 1444

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, VIÑAS MUÑO RAQUEL, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLÉN MATEO SARA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1444

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los outputs del centro de salud de Calanda hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Calanda.

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCION COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL AMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE CALANDA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ELVIRA CHAMOCHO OLMOS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLEN MATEO SARA
GAUTHIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones formativas al final de la jornada laboral de la mañana de los profesionales docentes, para dar oportunidad a que todos pudieran participar, que en total fueron 23 participantes.

Se realiza en 3 días con una duración de 1,30 h. cada día; el personal del centro de salud se adapta a este horario siendo la profesional sanitaria cubierta por el resto de sus compañeros del centro de Salud

Los contenidos, fechas, número de asistentes y ponentes fueron:

1ª sesión: 30 de octubre 2017

Ponente: Elvira Chamocho Olmos

Nº de participantes: 23

Temática:

¿Qué es urgencia y emergencia?

¿Dónde llamar 061/ 112?

Conducta PAS: proteger, avisar y socorrer.

¿Qué es una herida? ¿Qué hay que hacer?

Que hacer en el caso de un golpe de calor.

Lavado de manos, su importancia.

2ª sesión: día 13 de noviembre 2017

Ponente: Elvira Chamocho Olmos

Nº de participantes: 23

Temática:

Qué es y qué hacer en una hipoglucemia.

Manejo de glucómetros, qué es el glucagón.

Qué hacer en caso de un atragantamiento.

Qué es y qué hacer en caso de una hemorragia.

Qué es y qué hacer en caso de una quemadura.

Que hacer en caso de picaduras.

Qué hacer en caso de epilepsia.

3ª sesión : día 20 de noviembre 2017

Ponente: Elvira Chamocho Olmos

Nº de participantes: 23

Temática:

Qué es y qué hacer en caso de fracturas.

Qué es y qué hacer en caso de contusiones.

Qué es y qué hacer en parada cardiorespiratoria: 30:2

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al finalizar la última sesión se pasó una encuesta (Formato PR-08 SA(P)E revisión:A) a todos los asistentes para que valoran en conjunto todas las actividades realizadas. La media de los resultados obtenidos fueron (escala de puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima)

1.- La duración de la actividad formativa ha sido:

- 5: 60,0%

- 4: 26,0%

- 3: 8,0%

- 2: 4,3%.

- 1: 0,0%

2.- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas:

- 5: 91,0%

- 4: 8,0%

- 3: 0,0%

- 2: 0,0%.

- 1: 0,0%

3.- La actividad me va a ser muy útil en mi trabajo diario:

- 5: 82,0%

- 4: . 17,0%

- 3: 0,0%

- 2: 0,0%.

- 1: 0,0%

4.- El material utilizado en el curso ha sido adecuado:

- 5: 82,0%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCIÓN COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CALANDA

- 4: 17,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%
- 1: 0,0%

5.- Valoración del formador:

- 5: 95,0%
- 4: 8,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%
- 1: 0,0%

6.-. En general, el curso me ha parecido:

- 5: 91,0%
- 4: 13,0%
- 3: 0,0%
- 2: 0,0%
- 1: 0,0%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los participantes de las sesiones valoraron la actividad como positiva, era la primera vez que desde el Centro de Salud realizan actividades con en el Colegio Virgen del Pilar y esperamos que sea el principio para seguir con más proyectos con los docentes como el camino para trabajar con los alumnos hábitos higiénico dietéticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1781 ===== ***

Nº de registro: 1781

Título
ESCUELA DE SALUD

Autores:
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES, LLORCA CAMARASA MIGUEL, MALLEN MATEO SARA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras varias reuniones, coincidiendo con cambio directivo del colegio, nos plantean la necesidad por parte de equipo docente de realizar unas sesiones formativas en materia sanitarias. Se decide que desde la escuela es una forma sencilla y accesible para iniciar una intervención/ colaboración en temas sanitarios

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar y dotar a los docentes y alumnos de habilidades y herramientas que le ayuden a solventar situaciones de emergencia
Implicar a los niños en su autocuidado en salud

MÉTODO

Se inicia primero con los docentes, y luego con los alumnos ya que es una actividad con continuidad en el tiempo.
Para los docentes en el 2017 y 2018: Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos
Temas previstos 2017:
Que hacer en una hipoglucemia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1781

1. TÍTULO

ATENCIÓN COMUNITARIA EN PRIMEROS AUXILIOS EN EL ÁMBITO ESCOLAR DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE CALANDA

Que hacer en caso de atragantamiento
Que hacer en caso de epilepsia
Que es una urgencia y emergencia
Golpe de calor
Rcp
Se prepara cada tema de acuerdo a la edad a la que va a ser impartido

INDICADORES
Tras cada sesión se pasará una encuesta del proceso de formación (Formato PR-08SA revisión A) a todos los asistentes para valorar

DURACIÓN
Sesiones formativas de 90 minutos para profesores
Para alumnos en el 2018:
Sesiones/ taller de 45 minutos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE CLARA FERRANDO AZNAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
LLORCA CAMARASA MIGUEL
MARCELIN JEAN ELIE
COSTA MONTAÑES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se realiza sesión clínica donde se explica como iniciar la búsqueda activa de fumadores y subsidiarios de espirometrías.
2. Se pone en conocimiento de todos los componentes del EAP la consulta monográfica sobre espirometrías, y cómo, tras realizar la espirometría hay que registrar correctamente los resultados.
3. Se han realizado 100 espirometrías durante el año 2018 y 14 que no han acudido a la cita programada, de las cuales se han realizado 45 a fumadores y 55 a pacientes con otras patologías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Prevalencia EPOC:
- Mayo 2018 = 2,93%
- Diciembre 2018 = 3,24%
2. EPOC síntomas:
- Mayo 2018 = 45,16%
- Diciembre 2018 = 61,76%
3. EPOC vías aéreas:
- Mayo 2018 = 45,16%
- Diciembre 2018 = 61,76%
4. % de pacientes fumadores entre 40-80 años con espirometría realizada en los últimos cinco años:
Diciembre 2018 = 21,75%
Diciembre 2019 = 30,47%
Según datos del cuadro de mandos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante 2018 hemos mejorado todos los indicadores propuestos.
Contrasta el hecho de que habiéndose realizado 100 espirometrías durante 2018, el indicador de cobertura de espirometrías solo ha subido un 8,72% por lo que nos planteamos que no se está registrando el resultado de las espirometrías en el DGP correspondiente sino en campo texto, lo que infraestima nuestros resultados.
La prevalencia de EPOC ha aumentado moderadamente, aunque por encima de los resultados del sector. Seguimos estando muy lejos de los resultados del estudio EPISCAN.
Debemos continuar en esta línea ascendente e intentar aumentar el número de espirometrías en los fumadores, además de insistir en la correcta forma de registrar los datos obtenidos esperando mejorar los datos el año próximo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1140 ===== ***

Nº de registro: 1140

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CENTRO DE SALUD DE CALANDA

Autores:
FERRANDO AZNAR CLARA, MARCELIN JEAN ELIE, LLORCA CAMARASA MIGUEL, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

Línea Estratégica : EPOC
Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica y no reversible al flujo aéreo, debida principalmente al humo del tabaco. El programa de atención a dicha enfermedad se enmarca en las líneas prioritarias que el Departamento de Sanidad desarrolla para potenciar actuaciones sanitarias en enfermedades de gran incidencia con elevada carga social y económica sobre la población. El estudio EPI-SCAN (2009) habla de una prevalencia en España de un 10,2% en la población entre 40 y 80 años. En nuestro centro, en diciembre del 2017, solo un 2,89% de la población en esa franja de edad estaban diagnosticados de EPOC, según datos del cuadro de mandos del Acuerdo de Gestión. Asimismo durante el año 2017 se ha iniciado en el CS de Calanda una consulta monográfica de realización de espirometrías tras la adquisición de un espirómetro electrónico que realiza el personal de enfermería. Con el presente proyecto se va a incrementar el diagnóstico precoz de la EPOC a través de la implementación de una consulta de espirometrías en la que además se realice la valoración individualizada del paciente con dicha enfermedad

RESULTADOS ESPERADOS

Alcanzar objetivos de prevalencia de EPOC en el Centro de Salud de Calanda mayores que los conseguidos a finales del año 2017.
Poner en conocimiento de todos los profesionales del CS la consulta monográfica de espirometrías, así como la captación y citación de los pacientes, realización de la prueba y registro correcto de resultados en OMI.
Aumentar el porcentaje de pacientes EPOC con registro de sintomatología respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas.

MÉTODO

Captación activa de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a través de emisión de listados por profesional en OMI.

Creación de nueva agenda en OMI para la realización exclusiva de espirometrías.

Formación activa a través de sesiones clínicas de los profesionales del CS.

Valoración individualizada del paciente EPOC en dicha consulta monográfica y en consultas médicas y de enfermería del CS, incluyendo registro de sintomatología respiratoria y/o registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas. Así mismo se valorará la correcta pauta vacunal acorde a dicho paciente (Gripe, Neumococo...) y se recordará al paciente la necesidad de vacunarse en la próxima campaña antigripal.

Transmisión de los resultados espirométricos por parte del profesional de enfermería encargado de la realización de las espirometrías al profesional médico para registrar correctamente los datos en OMI a través de las plantillas correspondientes.

Realización de una consulta no presencial para transmitir al paciente el resultado de la prueba.

INDICADORES

1. N° de pacientes fumadores entre 40 y 80 años en los que se ha realizado la espirometría.

Fuente: OMI.

Estandar: 70%

2. Prevalencia EPOC: población de entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC entre la población asignada entre 40 y 79 años.

Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión.

Estandar: 3,8%

3. EPOC- Síntomas respiratorios: Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el periodo de evaluación.

Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión

Estandar: 55 %

4. EPOC- Higiene de vías aéreas: Porcentaje de paciente con diagnóstico EPOC y registro de intervención por limpieza ineficaz de vías aéreas en el periodo de evaluación.

Fuente: cuadro de mandos de Acuerdo de Gestión

Estandar: 55%

DURACIÓN

Mayo 2018: Reunión con profesionales del CS para iniciar la búsqueda activa y poner en conocimiento el proyecto.

Mayo 2018: Realización de sesiones formativas en el CS sobre espirometría y protocolo diagnóstico EPOC.

Desde Mayo 2018 hasta Diciembre 2018: citación escalonada en consulta monográfica de espirometría y obtención de resultados.

Diciembre 2018: Valoración de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1140

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC EN EL CS CALANDA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO AZNAR CLARA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
MARCELIN JEAN ELIE
JUNCOSA OLIVERA DANIEL
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan sesiones, con una media de 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 60 minutos, en las que se incluye:

- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad)
- Taller práctico con maniqués preparados para entrenamiento de las maniobras, donde practican RCP para legos y Posición Lateral de seguridad, afianzando conocimientos adquiridos en la sesión teórica
- Realización de un caso práctico con situaciones que pueden ocurrir en la vida real, intentando que sean capaces de resolverlas y, sobre todo, de pedir ayuda al 112 y seguir instrucciones.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- 10 Enero 2019: 40 alumnos
- 1ª sesión 3º A ESO 11 alumnos
 - 2ª sesión 3º PMAR 8 alumnos
 - 3ª sesión 3ª A y B 12 alumnos
 - 4ª sesión 3ª B 12 alumnos
- 11 Enero: 34 alumnos
- 1ª sesión: Alumnado de FPB 11 alumno
 - 2ª sesión 4ª A 7 alumnos
 - 3ª sesión 4º A 10 alumnos
- 14 Enero: 33 alumnos
- 1ª sesión: 4º A Y B: 11 alumnos
 - 2ª sesión: 4º B: 11 alumnos
 - 3ª sesión: 4º B: 11 alumnos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A. Valoración de las sesiones:

Se entrega encuesta para la valoración de la actividad por los alumnos con escala del 1 al 5 y los resultados son:

1. Duración actividad: 46,92% puntúan con un 5
 2. Expectativas cubiertas: 75,48% puntúan con 5
 3. Utilidad: 69,36% puntúan con 5
 4. Material del curso: 82,16% puntúan con 5
 5. Formador: 82,16% puntúan con 5
 6. Valoración del curso en general: 77,7% puntúan con 5; un 24,48% con 4
- B. Con respecto al caso práctico el 90% de los alumnos fueron capaces de resolver los casos prácticos planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de esta actividad ha sido satisfactoria para los alumnos y ha conseguido aumentar los conocimientos y las habilidades de los mismos. En general las sesiones fueron calificadas como entretenidas y educativas, sorprendiéndose de sus propias capacidades para poder salvar una vida.

El punto menos valorado fue la duración, muchos hicieron comentarios sobre que les hubiera gustado que fuera algo más larga, para poder practicar algo más.

La lección aprendida para el año que viene será la duración de las sesiones, se intentarán aumentar a dos horas por grupo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1159 ===== ***

Nº de registro: 1159

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

Autores:
BARDAJÍ RUIZ BEATRIZ, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, MARCELIN JEAN ELIE, JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS Y EMERGENCIAS
Línea Estratégica : Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACION PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La parada cardiorrespiratoria es la principal causa de muerte tanto a nivel nacional como internacional. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes al año y la tendencia va en aumento.

En España los paros cardíacos extrahospitalarios son un problema de primera magnitud para la salud pública, estimándose que cada año se producen más de 24.500, lo que equivale a una media de un paro cardíaco cada 20 minutos.

El 60% de estos paros cardíacos se producen en presencia de testigos, amigos o familiares. Se conoce que si los testigos iniciaran las maniobras de RCP, las probabilidades de sobrevivir al evento podían incrementarse hasta en 5 veces; de hecho, por cada minuto de retraso en el inicio de las maniobras de RCP, disminuyen entre un 8 y un 10% las posibilidades de supervivencia de las víctimas de parada cardíaca. Y no se trata solo de salvar vidas: una RCP bien efectuada reduce considerablemente las secuelas neurológicas que podría tener una parada cardiorrespiratoria.

RESULTADOS ESPERADOS

La lucha para revertir estos datos requiere, necesariamente, trasladar a la población los conocimientos y técnicas básicas en reanimación cardiovascular. Es muy importante que toda la población esté concienciada y conozca la cadena de supervivencia para así poder actuar correctamente, poniendo en marcha de forma precoz los primeros eslabones, que consisten en el reconocimiento de la emergencia, activación de los servicios de emergencias y realización de las técnicas de RCP.

El 100% de la sociedad ha de cumplir la obligatoriedad de escolarización hasta la edad de 16 años, esto convierte a los estudiantes en la población diana ideal para el aprendizaje de las técnicas de resucitación cardiopulmonar por varios motivos:

- Los jóvenes, a diferencia de los adultos, son más asequibles, retienen mejor los conocimientos y habilidades adquiridas, ya que es la etapa de la vida con mayor capacidad de aprendizaje, y estos conocimientos son más duraderos en el tiempo.
 - Se motivan con facilidad, lo que significa que los conocimientos y habilidades transmitidas, no solo llega a la población diana, sino también a su entorno: padres, hermanos, amigos, etc.
- Desde el IES de Calanda nos demandan la posibilidad de realizar alguna actividad sobre RCP y primeros auxilios para los alumnos más mayores, chicos de 3º y 4º de la ESO. Tras comentarles la idea del proyecto les parece muy interesante y educativo.

MÉTODO

- Realizar sesiones, con 10 alumnos en cada una de ellas, de una duración aproximada de 50-55 minutos, hasta completar el número de alumnos existentes en 3º y 4º de la ESO.
- Proyección de power point con teoría básica de las técnicas de RCP y situaciones de emergencia básicas (atragantamiento y posición lateral de seguridad).
- Taller práctico con maniquí preparado para entrenamiento de las maniobras, por parte de los alumnos, de una forma activa.

INDICADORES

- Al final de los talleres se expondrá algún caso práctico para que sea resuelto por los alumnos y poder evaluar los conocimientos adquiridos.
- Cuestionario satisfacción de la actividad

DURACIÓN

- La duración del proyecto dependerá de la cantidad de alumnos de 3º y 4º de la ESO del curso escolar de realización, contando que en cada sesión habrá 10 alumnos, para que todos puedan participar en la práctica con maniquí.
- El proyecto se realizará durante el curso escolar, con la idea de que sea un proyecto que se realice todos los años para los chicos de 3º y 4º. Así podemos mantener una continuidad en la formación a los estudiantes sobre conocimientos básicos en RCP.
- Empezaremos en el curso 2018-2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1159

1. TÍTULO

TALLER DE FORMACION BASICA DE RCP BASICA PARA ALUMNOS DEL IES CALANDA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 16/03/2019

2. RESPONSABLE ROSA COSTA MONTAÑES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SUSO FERNANDEZ MARTA
PIQUER GOMEZ ANA
CHAMOCHO OLMOS ELVIRA
GAUTIER ALFARO YOLANDA
LLORCA CAMARASA MIGUEL
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- ACTIVIDADES CON EL PERSONAL:

A) Formación de enfermera de pediatría.

- Curso de lactancia materna. Hospital de Alcañiz.
- Curso educador de masaje infantil. A.E.M.I. Barcelona del 6 al 9 de diciembre 2019.

B) Reuniones con la matrona del centro y asistencia a la última clase de preparación al parto. Acordamos promocionar la lactancia materna como alimento principal del lactante y el niño pequeño, así como la importancia de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

C) Siguiendo las recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría), se crea una guía de alimentación del lactante:

- Lactancia materna y/o fórmula hasta los 6 meses;
- Introducción de alimentos a los 6 y 9 meses, siempre de uno en uno, fomentando las papillas, purés, hasta llegar a alimentos sólidos.
- Continuar con leche materna y/o fórmula.

Y el objetivo principal, que a los 12 meses el niño haya introducido todos los alimentos y texturas.

2.- ACTIVIDADES CON LAS MADRES.

- En la primera visita a las 48 horas del alta hospitalaria, el objetivo fundamental es presenciar una toma, para apoyar a la madre en todas la dudas y problemas que le puedan surgir, apoyo tanto a la lactancia materna como a la artificial.
- La introducción de la alimentación complementaria se realiza en la revisión de los 5 ó 6 meses y en la de los 9 meses, dando las pautas de introducción por escrito.
- Se ha creado una página de Facebook (-Mas de las Matas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestra página del Facebook tiene más de 300 seguidores, que interactúan de forma frecuente. Las madres en la consulta refieren que la siguen y que les parece interesante.

De 28 niños nacidos en el año 2018:

22 son mayores de 6 meses

- lactancia exclusiva hasta los 6 meses 12 niños
- Lactancia hasta los 9 meses: 6 niños
- Lactancia hasta el año, y todavía continúan: 4 niños

6 son menores de 6 meses:

- 4 tienen lactancia materna exclusiva
- 1 tiene lactancia mixta
- 1 tiene lactancia artificial por ingreso hospitalario de la madre.

De 29 niños:

24 iniciaron lactancia materna exclusiva, de los cuales:

- 4 introdujeron la fórmula al primer mes;
- 7 a los dos meses;
- 1 al cuarto mes, y
- 3 al sexto mes.

De los otros 5 niños:

- 2 empiezan con fórmula
- 3 empiezan con lactancia mixta por ingresos hospitalarios de las mamás. Una de ellas sigue con lactancia mixta a los 7 meses. Las otras 2, con fórmula desde los dos meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A) La lactancia materna se afianza durante la primera semana y el primer mes, las madres que tuvieron que ayudar con fórmula, pocas consiguieron mantener una lactancia mixta hasta los 6 meses. Con lo cual nuestro apoyo y ayuda se debe aportar en los primeros 15 días de vida del bebé, para afianzar la lactancia.

B) Este proyecto nació para promocionar hábitos saludables de alimentación y vida. El curso de masaje infantil lo realicé para atraer a las madres a una actividad bonita, y en esos talleres fomentar hábitos saludables. En el curso de masaje infantil me di cuenta que si era importante alimentar el cuerpo, tan importante es alimentar la mente de forma saludable. Qué mejor manera, crear un vínculo y un apego seguro que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

sea capaz de hacer niños empáticos, queridos, respetuosos y llenos de amor por los demás. Y esto nos hace responsables de la salud emocional de la primera infancia

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1388 ===== ***

Nº de registro: 1388

Título
PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, SUSO FERNANDEZ MARTA, PIQUER GOMEZ ANA, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niño sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desaparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso. Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad. Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

MÉTODO

Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA. CENTRO DE SALUD CALANDA Y MAS DE LAS MATAS

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

INDICADORES

Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad
Participación en talleres grupales
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

DURACIÓN

Formación en lactancia materna del personal en junio 2018
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

OBSERVACIONES

Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROSA COSTA MONTAÑES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SUSO FERNANDEZ MARTA
DELGADO MONJE ANGELA
TORO SEGOVIA MARITZA
BUIL TEJERO BEATRIZ
DOBATO LIEDANA MARIA ANGELES
LLORCA CAMARASA MIGUEL
GAUTIER ALFARO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) COMO EQUIPO

1.- el primer semestre, la matrona inician talleres de crianza, tenemos varias reuniones para hacer una distribución de los temas a tratar, así como de los horarios, para no tratar los mismos temas ni tampoco coincidir en horarios .

2.- se ha terminado de elaborar la guía de alimentación complementaria hasta los 12 meses, siguiendo las pautas y recomendaciones de la AEP (Asociación Española de Pediatría) y también en acuerdo con otros Centros de Salud del Sector, para dar todos las mismas pautas.

B) CON LAS MADRES Y FAMILIAS

1 -Como apoyo e intervención en lactancia materna:

a- pediatría participa en la última clase de preparación al parto. Para conocer a los futuros padres e insistir en la importancia de acudir a consulta de pediatría, a las 48 horas del alta hospitalaria.
b- primera consulta a las 48 horas del alta hospitalaria, entrevista con los padres, observar la toma, peso del bebe y sobretodo apoyo, tranquilidad y confianza para acudir a nosotros ante cualquier duda.

2 -Para fomentar una crianza sana y respetuosa, se comienza los cursos de masaje infantil, abiertos a todas las familias, independientemente del tipo de crianza que elijan.

Son 5 sesiones, una a la semana de 1,15 minutos de duración aproximadamente, en cada sesión se enseñan movimientos para hacer masaje en las distintas partes del cuerpo del bebe, se tratan temas de la importancia del tacto nutritivo, del apego, los estados de comportamiento del bebe, el respeto y la ternura, el empoderamiento de la familia, y también un tema relacionado con hábitos sanos en la familia, como alimentación complementaria, necesidad de vacunar, prevención de accidentes, cepillado de dientes, cuidado de la piel, y los diferentes temas que surjan de debate en el grupo, y de interés para las madres.

3 - Para informar a las familias seguimos con nuestra página de facebook, ampliada este año a Centro de Salud de Cantavieja, y se ha creado un bloj recientemente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- EN LACTANCIA:

En el año 2019, han nacido en Calanda 38 niños, las cifras de lactancia materna son:

niños de 7 a 12 meses, tenemos 15, de los cuales 12 siguen todavía con lactancia materna. Esos 12 tuvieron lactancia exclusiva hasta los 6 meses.

Niños de 6 meses, tenemos 5, 3 tienen lactancia exclusiva.

Niños de 4 meses, tenemos 7, 5 con lactancia exclusiva, 1 con lactancia mixta y 1 con lactancia artificial (como dato importante, nació en hospital privado y tardo 15 días a tener cita en nuestra consulta)

niños de 2 meses, tenemos 6, 4 con lactancia exclusiva, 1 mixta y 1 artificial(también cabe reseñar que comenzó con lactancia maternalna madre tuvo problemas en el post parto y la niniña engordaba muy poco, aúna sí, durante el primer mes, fue mixta)

niños de 1 mes, tenemos 5, 3 con lactancia exclusiva y 2 con mixta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

De los niños que nacieron en 2018, un total de 30 actualmente en nuestro cupo 11 siguen con lactancia materna, y 7 de esos niños son mayores de 18 meses.

2- EN LAS SESIONES DE MASAJE INFANTIL:

Un total de 20 bebés con sus madres han acudido a las sesiones de masaje infantil, solo 10 familias han acudido al curso completo de las 5 sesiones, el resto de familia acudía de forma intermitente.

3,- EN REDES :

Nuestra página de facebook tenemos más de 400 seguidores, sirve como medio para informar a los padres de novedades, horarios de consulta, cambios etc y también es un canal abierto para preguntas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A- la lactancia materna se afianza en el primer mes de vida del bebé, el apoyo a la madre, la facilidad para acudir a nosotras cuando lo necesite y la posibilidad de controlar el peso del niño en consulta cada 2 días si es necesario, da tranquilidad a la madre y le quita la presión del entorno, lo que favorece afianzar la lactancia, y lactancias que comienzan siendo mixtas acaban en exclusiva. Estamos muy satisfechas de nuestras cifras de lactancia materna al año y a los dos años, además de los objetivos del proyecto.

B.- respecto a las sesiones de masaje infantil, han sido muy gratificantes, el primer grupo comenzó con bebés de 6 meses, pero a las madres les resulta difícil acudir por temas laborales, los siguientes comenzaron a las 4/6 semanas aprovechando así la baja maternal. Resulta complicado que puedan acudir a todas las sesiones y seguir un programa tan estructurado, por lo que se va a elaborar un nuevo proyecto en colaboración con la matrona, para realizar talleres de crianza conjuntos, pero de forma continuada todas las semanas, una semana dará el taller la matrona y otra la enfermera de pediatría.

c- respecto a las hojas de satisfacción, resulta difícil pasarlas en cada sesión, y también que recuerden traerlas si se las llevan a casa, si les hice un tipo de encuesta final de las 5 sesiones que no todas respondieron. Los que más les gusto:

conocer a otras madres y poder compartir experiencias
aprender técnicas para relajar al bebé y relajarse ellas
la importancia del contacto y las caricias en los bebés
el ambiente y el lugar donde se realizaba el curso

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1388 ===== ***

Nº de registro: 1388

Título
PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES DESDE LA INFANCIA EN EL C.S DE CALANDA Y EL C.S DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, SUSO FERNANDEZ MARTA, PIQUER GOMEZ ANA, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA, GAUTHIER ALFARO YOLANDA, VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Niño sano
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Promoción de la salud consiste en proporcionar a la población los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mejor control sobre la misma
Según informes recientes existen patologías prevalentes y no transmisibles como la enfermedad isquémica cardiaca, la diabetes mellitus tipo 2 y la fractura de cadera por osteoporosis que generan un gran gasto sanitario. Gasto que podría verse reducido en más de un 50% si desaparecieran los factores de riesgo modificables en cada caso. Creemos que para mejorar o corregir estos factores de riesgo lo mejor es comenzar desde la base educando en salud desde el inicio de la vida y junto con esto hacer acciones dirigidas a los padres, familia y comunidad. Para ello queremos realizar un proyecto secuencial que comience con la promoción para la salud desde el nacimiento (incluso embarazo) y vaya creciendo con los niños.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un blog del servicio de pediatría y página en redes sociales con información de hábitos saludables, de las actividades que se realicen como punto de apoyo en el contacto con los padres para intentar evitar el problema de la dispersión geográfica.
Concienciar a los pacientes de la importancia de la alimentación, la prevención de accidentes y la higiene entre otras desde el inicio de la vida para fomentar una vida sana
Mejorar los conocimientos de los padres (desde el embarazo) y más adelante de los niños en hábitos saludables.
Promocionar la lactancia materna y una correcta introducción de la alimentación complementaria favoreciendo una alimentación variada y saludable.

MÉTODO

Actividades del personal

Reuniones con el equipo para valorar los contenidos mas necesarios en el blog y las redes sociales y creación de los mismos.
Formación del personal de pediatría en Lactancia materna.
Reuniones con la matrona para captación de embarazadas en 3º trimestre y consensuar una formación similar en ambas consultas.
Creación de una guía de introducción de alimentación complementaria.
Captación de pacientes en primera visita del recién nacido a la consulta de pediatría.
Realizar sesiones con el resto de equipo de los centro de salud sobre lactancia materna y promoción de la misma

Actividades con las madres

Difundir el blog y la página en redes sociales entre las madres para que puedan contactar con nuestro servicio y estén al tanto de las actividades desarrolladas.
Educación grupal en talleres con madres para promoción de lactancia materna, prevención de accidentes, cuidados habituales en la infancia y alimentación entre otros.
Asesoramiento en la consulta de manera individual según necesidades.

INDICADORES

Valoración de la lactancia materna exclusiva a los 0-2-4-6 meses de edad
Participación en talleres grupales
Encuesta de satisfacción e interés en hábitos saludables al inicio, a los 6 meses y al año.
Guía de alimentación complementaria redactada antes de Enero 2019
Seguimiento del blog y las redes sociales e interacción a través de ellas.

DURACIÓN

Formación en lactancia materna del personal en junio 2018
Captación de pacientes nacidos a partir de Junio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de la lactancia materna y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Julio de 2018
Inicio de los talleres de promoción de alimentación complementaria y nutrición y otros hábitos saludables (al menos uno al mes) en Enero de 2019
Reuniones de equipo para redacción de la guía de alimentación complementaria de en segundo semestre de 2018
Sesiones en los centros de salud sobre lactancia materna en segundo semestre 2018.
Reuniones equipo y creación del blog y página en redes sociales en tercer trimestre de 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1388

1. TÍTULO

PROMOCION DE LA SALUD Y EDUCACION EN HABITOS SALUDABLES

OBSERVACIONES

Es un proyecto a largo plazo. Cada año iremos ampliando la edad de la población diana con nuevos talleres y proyectos manteniendo los realizados hasta el momento.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0515

1. TÍTULO

DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR ASINTOMÁTICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE DANIEL JUNCOSA OLIVERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUNCOSA FANTOVA FERNANDO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ
MARCELIN JEAN ELIE
COSTA MONTAÑES ROSA
BLASCO LABANDA AURORA
FERRANDO AZNAR CLARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo de actuación tanto por parte de enfermería como por medicina para el diagnóstico oportunista de fibrilación auricular en consulta y su manejo por parte del médico de cabecera para evitar derivaciones innecesarias al servicio de urgencias hospitalarias. Este protocolo se puso en común con todo el equipo a través de una sesión clínica para explicar el procedimiento a seguir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sólo se ha podido seguir el protocolo en una paciente, realizando todo el manejo desde atención primaria. Se da la circunstancia que se han detectado más fibrilaciones auriculares pero al ser sintomáticas han sido derivadas al hospital y no han entrado en el proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha podido realizar el seguimiento según todos los estándares del proyecto en solamente una paciente. Esto se debe por una parte a que muchos de los pacientes diagnosticados de fibrilación auricular presentan síntomas y por lo tanto no son candidatos a ser incluidos y por otro lado a que ha habido un cambio de toda la plantilla médica del centro de salud durante el año. Esto ha impedido realizar la continuidad del proyecto durante todo el año, ya que todos los médicos que iniciaron el proyecto han abandonado el centro por traslados, oposiciones, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/515 ===== ***

Nº de registro: 0515

Título
DETECCION OPORTUNISTA DE FIBRILACION AURICULAR ASINTOMATICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
JUNCOSA OLIVERA DANIEL, JUNCOSA FANTOVA FERNANDO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ, MARCELIN JEAN ELIE, COSTA MONTAÑES ROSA, BLASCO LABANDA AURORA, FERRANDO AZNAR CLARA, CHAMOCHO OLMOS ELVIRA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fibrilación auricular es la arritmia crónica más frecuente en nuestro medio. En muchas ocasiones cursa de forma asintomática, aumentando el riesgo de eventos cardioembólicos. En caso de detección de fibrilación auricular asintomática, la mayoría de los pacientes son derivados al servicio de Urgencias hospitalarias para iniciar tratamiento anticoagulante debido a que no existe ningún protocolo de actuación frente a un hallazgo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0515

1. TÍTULO

DETECCIÓN OPORTUNISTA DE FIBRILACIÓN AURICULAR ASINTOMÁTICA Y SU MANEJO DESDE EL CENTRO DE SALUD

casual de fibrilación auricular en consultas de Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Detección oportunista de FA asintomática en consultas de medicina/enfermería mediante palpación de pulso radial y/o auscultación en todo paciente que precisa toma de tensión arterial.
Establecer una pauta de actuación para que a todo paciente con pulso arritmico no conocido previamente y asintomático se le realice electrocardiograma y sea valorado por su MAP en el mismo día.
Establecer una guía de inicio de tratamiento anticoagulante, en coordinación con el servicio de Hematología, para el manejo inicial del mismo y evitar de esta manera acudir al servicio de Urgencias.

MÉTODO

Elaboración de una guía de actuación en coordinación con los servicios de Hematología y Cardiología del Hospital de Alcañiz.
Formación del personal sanitario del centro de salud para la aplicación de la vía de actuación.
Evaluación de resultados

INDICADORES

Incidencia de FA asintomática detectada en el centro de salud a lo largo del año.
Porcentaje de pacientes que han iniciado tratamiento anticoagulante desde Atención Primaria y no han precisado acudir a Urgencias

DURACIÓN

Creación de grupo de trabajo medicina/enfermería para la elaboración de la guía de actuación: Marzo-Abril 2019
Formación del personal del centro de salud: Mayo 2019
Comienzo de aplicación de guía de actuación: Junio 2019
Evaluación de resultados : Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ BARDAJI RUIZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CALANDA
· Localidad CALANDA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACARTA GARCIA PEDRO
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se contacta con el Servicio de Digestivo para establecer una estrategia común, que comience en Atención Primaria y acabe en Digestivo. Tras una reunión en Hospital de Alcañiz se establece la forma de derivación de los pacientes una vez hecho el cribado y con resultado positivo, o sea, con Diagnóstico de hepatitis C.
- Se realiza un power point explicativo sobre como hacer el cribado del VHC, a quién hacérselo, cómo registrarlo en OMI y que pasos hay que seguir en dependencia de los resultados.
- Se realizan sesiones clínicas en todos los centros de salud del Sector de Alcañiz, para explicar la forma de hacer el cribado. Tras la sesión clínica se deja, a todos los sanitarios, un pdf con la información más importante de la sesión, para que sea muy visual y rápida su comprensión en caso de dudas.
- Se dejan trípticos y posters en todos los centros de Salud para información de la población sobre las formas de contagio del VHC.

Las sesiones se realizan según el siguiente cronograma:

- ? 13 de junio de 2019, de 14.00 a 15.00h: CS MUNIESA con 6 asistentes
 - ? 19 de junio de 2019, en jornada de 8.00 a 9.00h : CS CALACEITE con 7 asistentes
 - ? 19 de junio de 2019, en jornada de 14-00 a 15.00: CS VALDERROBRES con 13 asistentes
 - ? 30 de julio de 2019, de 13.30 a 14.30h: CS ALCORISA con 10 asistentes
 - ? 7 de agosto de 2019, de 8.00 a 9.00h: CS MAELLA con 6 asistentes
 - ? 2 de septiembre de 2019, de 8.00 a 9.00h CS CALANDA con 8 asistentes
 - ? 9 de septiembre de 2019 de 8.00 a 9.00h: CS HIJAR con 14 asistentes
 - ? 16 de septiembre de 2019 de 8.00 a 9.00h: CS CASPE con 14 asistentes
 - ? 17 de septiembre de 2019: CS ALCAÑIZ con 7 asistentes
 - ? 18 de septiembre de 2019: CS ANDORRA con 13 asistentes
 - ? 30 de septiembre de 2019: CS MAS DE LAS MATAS con 8 asistentes
 - ? 30 de septiembre de 2019: CS CANTAVIEJA se manda por email toda la información al coordinador médico para que la envíe a todo el personal del EAP.
- En total se da la sesión clínica a 106 sanitarios.
- Se elabora una ruta asistencial del cribado del VHC, incluida en la intranet del Sector de Alcañiz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A. Valoración de las sesiones

Se entrega encuesta de satisfacción tras las sesiones, con escala del 1 al 5, con los siguientes resultados:

1. Duración actividad: 99% puntúan con un 4/5
2. Expectativas cubiertas: 99% puntúan con 4/5
3. Utilidad: 99% puntúan con 4/5
4. Material del curso: 98% puntúan con 4/5
5. Formador: 99% puntúan con 4/5
6. Valoración del curso en general: 99% puntúan con 4/5

B. Evaluación de Indicadores

? Cribado : 144 peticiones de cribado de hepatitis C en el sector desde la intervención, el 82% de las cuales se han solicitado desde 2 centros de salud del sector (Calaceite 2,26% de la población y Calanda 1,47% de la población). Al comparar las peticiones de serología de hepatitis C de 2018 con 2019 hemos obtenido un incremento de peticiones en 2019 de 279, es decir, que si descontáramos las 144 peticiones de cribado conocidas, habríamos tenido 135 peticiones más que el año anterior, por lo que consideramos que muchas de éstas han debido ser solicitadas con fines de cribado, aunque sin identificar adecuadamente que son de cribado en el volante. En cualquier caso, destaca el hecho de que, de los tres centros grandes del sector solo se han solicitado 5 peticiones de cribado. Si todos los centros hubieran solicitado la serología a un 1% de la población (tomando como referencia los dos centros mencionados) se hubiera esperado unas 700 serologías en el sector.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

- ? % de personas que han sido diagnosticadas de VHC: desde Junio de 2019 se han encontrado 9 personas VHC positivas por el cribado desde AP; de estos positivos:
- 44% fueron genotipo 1b
 - 22% genotipo 1a y 4
 - 11% genotipo 2
 - Solo uno de los pacientes procedientes de AP tenía fibrosis significativa =F2
- ? % de antivirales utilizados en el tratamiento:
- 78% Epclusa®: sofosbuvir/velpatasvir
 - 22% Maviret®: glecaprevir/pibrentasvir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de los buenos datos de satisfacción de los asistentes a las sesiones los resultados son muy mejorables. En algunos centros el % de profesionales que asistió a la sesión fue muy bajo. Un editorial reciente de la revista BMJ Quality and Safety describe que la formación por sí sola, como estrategia de mejora, tiene un valor limitado. Para ser efectiva tiene que ser combinada con otro tipo de estrategias como recordatorios electrónicos, audit y feedback, políticas... algo que no ha sido posible (por ejemplo, el formulario electrónico de hepatitis C no salta ante diagnósticos de riesgo sino que hay que activarlo deliberadamente). Recomendamos continuar la intervención con el liderazgo de la dirección, mostrando periódicamente indicadores del número de cribados por centro, y estableciendo objetivos individualizados a los centros dentro de los acuerdos de gestión, que son las únicas estrategias descritas en el mencionado artículo que pueden desarrollarse inmediatamente en nuestro sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/774 ===== ***

Nº de registro: 0774

Título
IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:
BARDAJI RUIZ BEATRIZ, LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CALANDA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hepatitis C es prevalente en todo el mundo. Se estima que hay 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C. Las regiones de la OMS más afectadas son las del Mediterráneo Oriental y Europa, con una prevalencia del 2,3% y 1,5% respectivamente. La prevalencia de la infección por VHC en otras regiones de la OMS oscila entre el 0,5% y el 1,0%. En función del país, la infección por el virus de la hepatitis C puede concentrarse en algunas poblaciones (por ejemplo, entre los consumidores de drogas inyectables), y/o en la población en general. Existen numerosas cepas (o genotipos) del VHC, cuya distribución es variable según la región.

- El virus de la hepatitis C se transmite a través de la sangre, y la mayoría de las infecciones se producen por exposición a pequeñas cantidades de sangre a través del consumo de drogas inyectables, de prácticas de inyección o de atención sanitaria poco seguras y de la transfusión de sangre y productos sanguíneos sin analizar.
- Un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado.
- Cada año mueren unas 399 000 personas debido a la hepatitis C, sobre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

todo por cirrosis y carcinoma hepatocelular.

- Los antivirales de acción directa pueden curar más del 95% de los casos de infección por el virus de la hepatitis C, lo que reduce el riesgo de muerte por cáncer de hígado y cirrosis. Sin embargo, hasta ahora no se han podido tratar adecuadamente a los pacientes ya diagnosticados ni se ha incidido en el afloramiento de casos existentes.
- En la actualidad no existe ninguna vacuna contra la hepatitis C, pero la investigación en esa esfera continúa.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Disminuir el riesgo de infección de VHC con educación a la comunidad sobre los mecanismos de transmisión mediante carteles, folletos

2. Captación oportunista de los pacientes en consulta de médica o de enfermería con el cribado de personas de riesgo.

3. Diseño e implementación del circuito de derivación de los pacientes con infección por VHC planteado por el Plan Estratégico para el abordaje de la Hepatitis C en la Comunidad Autónoma de Aragón adaptado a la idiosincrasia del Sector de Alcañiz.

El diagnóstico precoz puede prevenir problemas de salud derivados de la infección, y también la transmisión del virus.

Según el proyecto estratégico de manejo y control de la hepatitis C en Aragón, se establecen unos criterios de cribado para personas de riesgo, que son:

- Antecedentes de transfusión de sangre o hemoderivados antes de 1990
- Antecedentes de procedimientos invasivos, cirugía o intervenciones odontológicas antes de 1980
- Antecedentes de hemodiálisis crónica
- Antecedentes de inyección o inhalación de drogas compartiendo jeringuillas u otros materiales, incluso solo una vez
- Antecedentes de internamiento en instituciones penitenciarias
- Personas infectadas por el VIH o VHB
- Exposición accidental reconocida con material biológico posiblemente infectado

• Antecedentes de tatuajes, piercings, o procedimientos con instrumental punzante (manicura, pedicura, acupuntura, micropigmentación..) realizados sin las debidas precauciones sanitarias

- Niños nacidos de madres infectadas por el VHC a partir de los 18 meses
- Convivientes o parejas sexuales de personas infectadas por el VHC
- Hombres que tienen relaciones sexuales de riesgo con hombres
- Trabajadores sexuales

Se quiere conseguir:

1. Estandarización y simplificación del método diagnóstico del VHC
2. Circuito de derivación para pacientes con diagnóstico de VHC
3. Garantizar el acceso al tratamiento más eficiente de los pacientes con VHC en Sector Alcañiz

MÉTODO

1. Realizar sesiones clínicas en todos los centros de salud del sector Alcañiz, con power point, explicando la estrategia, cómo hacer el cribado y a quién e informar de cómo incluirlo en OMI con el protocolo de hepatitis C

2. Contactar con el servicio de digestivo para tener una estrategia común para todos los centros de salud tras la detección de hepatitis C: Qué hacer y qué pruebas solicitar

3. Solicitar al Gobierno de Aragón cartelería y folletos informativos para la educación sanitaria y prevención de la población

INDICADORES

1. Número de cribados realizados
2. % de personas que han sido diagnosticadas de VHC
3. % pacientes con VHC tratadas con antivirales
4. % de pacientes con diagnóstico de Hepatitis C al que se ha realizado elastografía hepática (Fibroscan)

DURACIÓN

Se realizará durante los meses de Marzo, Abril y Mayo de 2019, acudiendo a cada centro de salud para implantar el proyecto y el protocolo a seguir

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0774

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL CRIBADO DE HEPATITIS C EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MANUELA GOMEZ SILVESTRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
JARQUE MATEO AMPARO
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.

Por estas razones consideramos importante realizar este proyecto de calidad, con el objetivo de que el carro de parada estuviera en todo momento perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; así como en un lugar accesible y visible.

Además con este proyecto se ha conseguido involucrar a la mayoría de los profesionales sanitarios de nuestro centro de salud, con lo que se ha conseguido que conozcan mejor el contenido del carro de paradas, así como la organización de la medicación, lo que en caso de una urgencia vital proporciona seguridad al conocer el contenido del mismo.

Con este proyecto también se ha conseguido la eliminación del material caducado del carro de paradas, tanto al inicio como en cada revisión mensual del carro.

Al principio del proyecto se elaboró un calendario con un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, con las personas encargadas de realizar la revisión del carro de paradas. Así cada revisión mensual tendría un hoja de control donde se especificaba la fecha de revisión, las personas que realizan la revisión y sus firmas, donde tenían que registrar las unidades existentes de cada medicación y retirar la medicación caducada (Anexo I), también en cada revisión se tenía que comprobar el correcto funcionamiento del Desfibrilador Semiautomático, del laringoscopio y del ambú.

Además en la pared, encima del carro de paradas, se colocó un hoja de control de registro de material extraído (Anexo II) del mismo, donde el personal sanitario tenía que apuntar el nombre genérico de medicación, unidades, y su firma.

Con estas dos actividades lo que hemos conseguido es mantener ordenado el carro de paradas, no disponer de material caducado en el carro, fomentar el conocimiento del carro de paradas en la mayoría de los profesionales sanitarios del centro de salud e implicarlos en el control de la medicación y en el mantenimiento del carro. Y en el caso que surgiese una urgencia vital mejorar la atención al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Eliminación del material caducado: 100%

- Etiquetado y registro del material almacenado: 100%

- Número de revisiones del almacén en 6 meses: 100% (6 revisiones). Todos los meses se ha realizado una revisión del carro de paradas.

- Número de revisiones firmadas de almacén en hoja de control / número total de revisiones programadas: 100% (las seis revisiones fueron firmadas por las personas encargadas de realizar la revisión de almacén). Todas las revisiones del almacén estuvieron firmadas por las personas encargadas de realizarlas. Como dato a añadir cabe destacar que todas las revisiones fueron realizadas y firmadas por dos personas, excepto la revisión del mes de Enero del 2017 que sólo fue realizada por una persona, porque la otra persona encargada de realizar la revisión ese mes se encontraba en situación de Incapacidad Laboral Transitoria (ILT).

- Registro del material extraído de almacén en hoja de control: Fueron extraídas en total 0 Unidades, ya que durante el período que se realizó el proyecto no se atendió ninguna urgencia vital que requiere extraer medicación del carro de paradas.

- Firmas en hoja de control de material extraído de almacén/ total de material extraído Durante el período que se realizó este proyecto no se atendió ninguna urgencia vital en nuestro centro, así que no fue necesario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

extraer material del carro de paradas.

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfibrilador/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6). En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del desfibrilador. También se comprobó la caducidad de los parches de adultos y pediátricos en cada revisión.

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6)

En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del laringoscopio. En una de las revisiones se comprobó que la lámpara del laringoscopio estaba fundida, por lo que se solicitó una nueva a Almacén

- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas: 100% (6/6) En todas las revisiones se comprobó el correcto funcionamiento del ambú.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, consiguiendo que todo el personal sanitario contribuyese a la realización de este proyecto, tanto en la revisión mensual del carro de paradas, así como en la implicación de los profesionales del centro en el control y mantenimiento del mismo.

En conclusión creemos que es un proyecto que ha involucrado a todo el todo el personal en el correcto mantenimiento del carro de paradas, fomentado su conocimiento, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios y el caso de atender una situación vital se mejora la atención del paciente; por lo cual consideramos que es una actividad que va a tener una continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/18 ===== ***

Nº de registro: 0018

Título
ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, SANJUAN DOMINGO RAQUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, COBOS COBOS JOSE MARCELO, CHABBAR BOUDET JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

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

PROBLEMA
El soporte vital básico (SVB) ante una parada cardíaca es fundamental iniciarlo cuanto antes para salvar la vida al paciente, éste incluye: la activación precoz del sistema de emergencias, la reanimación cardiopulmonar (RCP) básica precoz, que incluye a su vez la utilización del desfibrilador externo automático (DEA) y la desfibrilación precoz. Existe una relación directa entre la precocidad y calidad de la actuación con la probabilidad de recuperación sin secuelas. El SVB lo puede realizar la población en general, y cuando llegan los servicios sanitarios se inicia el soporte vital avanzado (SVA), pero para llegar a éste se debe haber realizado un buen SVB. Para iniciar un SVA de calidad, y además en profesionales donde, por suerte, no es frecuente este tipo de circunstancias es necesario conocer nuestro carro de paradas y que éste tenga un orden para ofrecer la mejor y más rápida atención en este tipo de situaciones. Además hay que recordar que la Atención Primaria es el primer escalón de la atención sanitaria, y más en nuestro caso donde los hospitales de referencia se encuentran a más de 90 km de distancia.
Por estas razones consideramos sumamente importante que el carro de parada debe estar en todo momento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0018

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y MANTENIMIENTO DEL CARRO DE PARADAS DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

perfectamente equipado, revisado y con todo el material necesario; y debe estar en un lugar accesible, visible y ordenado. Todo el personal debe conocer el contenido y la disposición, y reponer lo que haya utilizado inmediatamente después de su uso, lo que proporciona seguridad a los profesionales sanitarios en situaciones vitales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Optimizar la atención del paciente ante una urgencia vital
- Mantener ordenado el carro de paradas
- No disponer de material caducado en el carro de paradas
- Fomentar el conocimiento del carro de paradas en todos los profesionales sanitarios del centro de salud
- Revisión del carro de paradas una vez al mes.
- Implicar a los profesionales del centro en el control y mantenimiento del carro de paradas

MÉTODO

- Control de caducidades
- Eliminación de material caducado
- Revisión, reorganización y etiquetado del material del carro de paradas
- Establecer un turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del carro de paradas
- Registro de cada revisión realizada (fecha de revisión, personal que realiza la revisión y firmas, existencias, caducidad y reposición) mediante una hoja de control.
- Registro del material que se extrae mediante una hoja de control, donde el personal sanitario deberá apuntar nombre genérico de medicación, unidades y su firma.
- Reuniones periódicas con el equipo para informarles del proyecto

INDICADORES

- Eliminación del material caducado
- Etiquetado y registro del material almacenado
- Número de revisiones del almacén en 6 meses
- Número de revisiones firmadas del carro de paradas en hoja de control / número total de revisiones programadas
- Registro del material extraído del carro de paradas en hoja de control
- Firmas en hoja de control de material extraído del carro de paradas/ total de material extraído
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del desfibrilador/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del laringoscopio/ número total de revisiones programadas
- Registro de la revisión del correcto funcionamiento del ambú/ número total de revisiones programadas

DURACIÓN

- En el mes de Agosto de 2016 se retirará el material caducado y se procederá al etiquetado, además de establecer el turno rotatorio mensual, en grupos de dos personas, para la revisión del almacén.
- Desde Agosto de 2016 hasta Enero 2017 se registrarán las revisiones del carro de paradas, así como la extracción del material del mismo.
- Reuniones informativas para el EAP, una al inicio del proyecto, y después de forma periódica (cada 3 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 - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA CONCEPCION GARCIA ROBRES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS CANTAVIEJA
- Localidad CANTAVIEJA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GOMEZ SILVESTRE MANUELA
PAULO FUERTES ROSARIO ANA
APARICIO ROS EUSEBIO
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VICENTE PEREZ CARMEN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro centro de salud no existía la costumbre de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 en nuestro centro, de forma global, han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con los centros de salud del resto de nuestro sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. Revisando los resultados, nos hemos dado cuenta que en algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro, y uno de nuestros objetivos fue la mejora de los mismos.

Por otro lado, en el nuevo contrato de gestión se han desarrollado indicadores nuevos con lo que cual era necesario desarrollar proyectos para el cumplimiento de los mismos; todos estos hechos nos hace plantearnos este proyecto de gestión, y así de forma secundaria, pero no menos importante, mejorar el cuidado a los pacientes crónicos de nuestro sector.

El proyecto de gestión empezó en septiembre de 2017, lo primero que se realizó fue un análisis de los indicadores que se iba a realizar mes a mes, y cada mes se seleccionaron tres o cuatro indicadores en los que los resultados no fuesen los satisfactorios, y sobre ellos se iba a realizar un plan de acciones de mejora.

Así se realizaron tres " cortes", el primero en septiembre-octubre, donde se revisaron los datos de septiembre y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Detección tabaco, nuestro plan de acción fue involucrar a los enfermeros de atención continuada. Al revisar los datos nos dimos cuenta que había mucho gente joven que no lo tenía realizado porque normalmente no suelen acudir a la consulta de mañana y acudir más a la atención continuada.

- Detección Hb1Ac: aunque es un indicador en el que vamos muy bien, como "caduca" a los meses, por lo que queríamos incidir en él para continuar con la buena evolución.

- Registro de síntomas en EPOC: en este indicador podíamos mejorar, así que aprovechando que comenzaba la campaña de la vacunación de la gripe, en las sesiones se lo recordamos al equipo que registrasen este indicador, para lo cual se imprimió un listado de los pacientes a los que no se les había realizado este protocolo, y así saber a qué pacientes había que realizárselo cuando se fuesen a vacunar de la gripe.

El siguiente corte fue en noviembre, revisando los datos a principios del mismo mes, este mes nos centramos en los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, el plan de mejora fue la implicación de toda la enfermería, incluyendo a los enfermeros de atención continuada, y la realización de una sesión clínica sobre el tema.

- Detección Hb1Ac: aunque es un indicador en el que vamos muy bien, como caduca a los meses, queríamos incidir en él para continuar con la buena evolución.

- Revisión pie diabético: es un indicador en el que íbamos bien, pero queríamos mejorar los resultados.

El tercero y último corte fue a principios de diciembre, donde se revisaron los datos de los indicadores a principios del mes y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, es un indicador que respecto al mes anterior habíamos mejorado, pero queríamos obtener un mejor resultado, se volvió a recordar a enfermería, incluido a EAC. Mediante correo electrónico que había que realizarla a los pacientes que faltaban, tanto en consulta como aprovechando la atención continuada, y se envió la sesión dada en noviembre por correo electrónico.

- Detección Hb1Ac: se insistió al personal de enfermería en revisar a que pacientes faltaba pedírsela para realizar la analítica antes de fin de año.

- Valoración del riesgo de caídas: aunque es un indicador en el que no íbamos mal, se decidió mejorarlo.

Para lo cuál se decidió realizar un impresión del listado de pacientes a los que no les había realizado para hacer una captación activa de este indicador.

En septiembre 2017n se seleccionaron los indicadores de peor resultado que fueron los siguientes:

- intervención sobre tabaquismo: 49,12%
- detección de tabaquismo: 57,03
- registro de síntomas en EPOC: 76,19%
- Limpieza de vias aéreas: 66,67%
- Detección Hb1Ac: 68,92%

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Implicación de EAC en la detección e intervención del tabaco, con reuniones con ellos y sesiones clínicas
- Impresión de listados de pacientes EPOC para captación activa e implementar el protocolo
- Impresión de listados de pacientes diabéticos a los que había que solicitar la Hb1AC

Después de la instauración de este proyecto hemos mejorado considerablemente en todos los indicadores, incluso en algunos que ya se había logrado buenos resultados se ha conseguido mejorarlos, y en otros, como en la detección e intervención del tabaco que no se habían conseguido nunca los objetivo mínimos se han conseguido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

alcanzarlos.

Si comparamos los resultados obtenidos en diciembre 2016, con respecto a los de este año (diciembre 2017) se puede comprobar cómo hemos mejorado considerablemente en casi todos los indicadores, en algunos alcanzado el estándar mínimo exigido que en años anteriores no se había conseguido alcanzar. En dos indicadores, que son EPOC síntomas vías aéreas y escala Norton, se han bajado unas décimas respecto al año anterior, pero aún así los resultados de este año continúan siendo excelentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Intervención sobre tabaquismo	64,71%
Detección de tabaquismo	64,10%
Síntomas en la EPOC	85
Limpieza de vías aéreas	85
Detección Hb1AC	81,16%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este año 2017 se ha alcanzado por primera vez el estándar mínimo en intervención de tabaquismo, llegando incluso al estándar excelente, habiendo mejorado a la vez la detección de fumadores en este momento respecto al año anterior, que también alcanza el estándar excelente. Respecto al resto de indicadores se han aumentado también considerablemente respecto a los datos del año anterior, llegando en varios de ellos al estándar excelente. Un indicador que no se ha medido ha sido la realización de espirometría al no disponer de espirómetro en nuestro centro para poder realizarlas, por lo que en este nuevo año que ya dispondrá el centro de ello, es un indicador en el que vamos a estar muy pendientes de lograr buenos resultados, siendo uno de los objetivos realizar un proyecto de calidad para lograr la implicación de la mayor parte de los profesionales.

7. OBSERVACIONES.

No se pueden adjuntar graficas

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1514 ===== ***

Nº de registro: 1514

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, JARQUE MATEO AMPARO, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLÉN JOSE MANUEL, APARICIO ROS EUSEBIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo. En algún cupo los resultados han sido bastante inferiores a la media del centro y esto puede mejorar. Por otra parte, el hecho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1514

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los nuevos indicadores
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo y registro de planes personales y planes de cuidados
- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 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 - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL SANJUAN DOMINGO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS CANTAVIEJA
- Localidad CANTAVIEJA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUCALON LAFUENTE MARCELINO
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZATU
ORTIN ALVAREZ GLORIA
GRANADA GARCIA PASCUAL
MARCO LOSTAL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro centro de salud no estaba sistematizada la gestión por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 en nuestro centro, de forma global, han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia.

Por otro lado, en el nuevo contrato de gestión se han desarrollado indicadores nuevos con lo que cual era necesario desarrollar proyectos para el cumplimiento de los mismos; todos estos hechos nos hace plantearnos este proyecto de gestión, y así de forma secundaria, pero no menos importante, mejorar el cuidado a los pacientes crónicos de nuestro sector.

El proyecto de gestión empezó en septiembre de 2017, lo primero que se realizó fue un análisis de los indicadores que se iba a realizar mes a mes, y cada mes se iban a seleccionar uno o dos indicadores en los que los resultados no fuesen los satisfactorios, y sobre ellos se iba a realizar un plan de acciones de mejora.

Así se realizaron tres " cortes", el primero en septiembre-octubre, donde se revisaron los datos de septiembre y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Detección tabaco, nuestro plan de acción fue involucrar a los médicos de atención continuada, al revisar los datos nos dimos cuenta que había mucho gente joven que no lo tenía realizado porque normalmente no suelen acudir a la consulta de mañana y acudir más a la atención continuada.
- Intervención tabaco: involucrar a los médicos de atención continuada, para que "captasen " a la población joven que suele acudir más a atención continuada que a la consulta.
- Uso de antibióticos en faringoamigdalitis estreptocócica (FAA) en pediatría: se realizó una sesión clínica sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología, y se explicó también en sesión clínica, realizada el 2 de octubre de 2017, como realizar de forma correcta el streptotest.
- Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría: se realizó una sesión clínica, el 2 de octubre de 2017, sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología.

El siguiente corte fue en noviembre, revisando los datos a principios del mismo mes, este mes nos centramos en los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, el plan de mejora fue la implicación de toda el personal sanitario (medicina y enfermería), incluyendo también a los enfermeros y médicos de atención continuada, y al pediatra. Se dio una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre el tema.
- Antibiótico en FAA pediatría: se realizó una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología, y se explicó también en sesión clínica como realizar de forma correcta el streptotest. Implicación de los MAC.
- Antibiótico en otitis media aguda pediatría: se realizó una sesión clínica (13-noviembre-2017) sobre las indicaciones de los antibióticos en esta patología. Implicación de los MAC.

El tercero y último corte fue a principios de diciembre, donde se revisaron los datos de los indicadores a principios del mes y se decidió realizar un plan de acción de mejora sobre los siguientes indicadores:

- Intervención tabaco, es un indicador que respecto al mes anterior habíamos mejorado, pero queríamos obtener un mejor resultado, se volvió a recordar a enfermería y medicina, incluido a EAC y MAC, y también al pediatra. Mediante correo electrónico que había que realizarla a los pacientes que faltaban, tanto en consulta como aprovechando la atención continuada, y se envió la sesión dada en noviembre por correo electrónico.
- Antibiótico en FAA pediatría: se volvió a recordar la mejora de este indicador en una de las sesiones clínicas que se realizaron en el mes de diciembre, concretamente el día 11 de diciembre de 2017, y se envió por correo electrónico la sesión clínica realizada en el mes de noviembre.
- Antibiótico en otitis media aguda pediatría: se volvió a recordar la mejora de este indicador en una de las sesiones clínicas que se realizaron en el mes de diciembre (11-diciembre-2017), y se envió por correo electrónico la sesión clínica realizada en el mes de noviembre.

En septiembre se seleccionaron los indicadores de peor resultado que fueron los siguientes:

- intervención sobre tabaquismo: 49,12%
- detección de tabaquismo: 57,03
- Uso de antibióticos en FAA en pediatría y Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría: desde el servicio de farmacia AP nos comunicaron que era un indicador en el que los resultados no eran los óptimos para todo el sector, por lo que nos debíamos centrar en él

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Implicación de MAC y pediatra en la detección e intervención del tabaco, con reuniones con ellos y sesiones clínicas
- Sesiones clínicas sobre tabaquismo, prescripción de fármacos en FAA y OMA en pediatría, cuando están indicados y antibióticos de elección.
- Implicación de los MAC en los indicadores de prescripción pediátrica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Después de la instauración de este proyecto hemos mejorado considerablemente en todos los indicadores, incluso en algunos que ya se había logrado buenos resultados se ha conseguido mejorarlos, y en otros, como en la detección e intervención del tabaco que no se habían conseguido nunca los objetivo mínimos se han conseguido alcanzarlos.

Si comparamos los resultados obtenidos en diciembre 2016, con respecto a los de este año (diciembre 2017) hemos mejorado considerablemente en casi todos los indicadores, en algunos alcanzando el estándar mínimo exigido que en años anteriores no se había conseguido alcanzar.

Solo se han conseguido peores resultados en este año respecto al anterior en los siguientes indicadores: LDL<100, estatinas en prevención secundaria, medicamentos inapropiados en mayores de 75 años y medicamentos con riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años, y aún así nuestros resultados continúan siendo óptimos y en el caso de los indicadores de farmacia se obtiene el estándar excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y Uso de antibióticos en otitis media aguda en pediatría), nuestro centro de salud tiene una situación "especial" ya que no hay un pediatra que tenga un CIAS. Sino que el CIAS de pediatría de Cantavieja lo comparte con el CIAS del pediatra que lleva otros pueblos que pertenecen al sector de Teruel (Sarrión, Mosqueruela, Cedrillas...) por lo que se solicitaron estos datos al servicio de Farmacia, y se han analizado conjuntamente los datos.

Respecto a la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis, al analizar los datos el primer problema que tuvimos fue que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de Faringoamigdalitis obteníamos muy poquitos resultados, concretamente 10 resultados, por lo que ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: Faringitis/ amigdalitis estrept, amigdalitis aguda y hipertrofia/infección, obteniendo así 42 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 42 antibióticos por esta patología, siendo solo 26 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 61,9% (26/42).

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), en el que se prescribieron 30 antibióticos por estas patologías, siendo solo 19 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 63,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 12 antibióticos por estas patologías, siendo solo 7 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 58,33%.

Respecto a la prescripción de antibióticos en otitis media aguda, también tuvimos el problema de que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de otitis media aguda en todo el año 2017 solo obteníamos 3 resultados, mientras que si ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: otitis externa, dolor de oído/oreja se ampliaba a 5 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 5 antibióticos por esta patología, siendo solo 3 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 60% (3/5)

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), en el que se prescribieron 3 antibióticos por estas patologías, siendo solo 1 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 33,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 2 antibióticos por estas patologías, siendo los dos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 100%.

En ambas patologías, estamos por debajo de los parámetros aceptables, al igual que el sector Alcañiz y Sector Teruel (al que estábamos adscritos en Pediatría), incluso en el indicador de FAA se han logrado peores resultados que antes de empezar el proyecto. En el indicador de OMA si que se han logrado mejores resultados, pero al ser tan pocos casos debemos ser cautos.

Indicadores estudiados (resultado diciembre 2017)

- Intervención sobre tabaquismo: 64,71 %
- Detección de tabaquismo: 64,1%
- Antibióticos en FAA pediatría (año 2017): 63,33%
- Antibióticos en OMA pediatría (año 2017) :60%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este año 2017 se ha alcanzado por primera vez el estándar mínimo en intervención de tabaquismo, llegando incluso al estándar excelente, habiendo mejorado a la vez la detección de fumadores en este momento respecto al año anterior, que también alcanza el estándar excelente.

Respecto al resto de indicadores se han aumentado también considerablemente respecto a los datos del año anterior, llegando en varios de ellos al estándar excelente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Respecto a los indicadores de farmacia se han conseguido unos resultados muy buenos, obteniendo en la mayoría de ellos el estándar excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (Uso de antibióticos en FAA y Uso de antibióticos en otitis media aguda) los resultados obtenidos no han sido favorables, por lo que nuestro propósito para este año 2018 en un nuevo proyecto será, con el fin de alcanzar los estándares fijados:

- Formación en OMI-AP (diagnósticos).
- Formación en ambas patologías.
- Seguimiento trimestral de los datos de uso de antibióticos en ambas patologías por un lado, y en todas las patologías (para mejorar los diagnósticos).

7. OBSERVACIONES.

No deja adjuntar gráficos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1515 ===== ***

Nº de registro: 1515

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL, GRANADA GARCIA PASCUAL, ORTIN ALVAREZ GLORIA, MARCO LOSTAL CARMEN, ALEGRE HUALDE JOSE LUIS, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Cantavieja.

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Análisis de indicadores que van por debajo del estándar y propuesta de acciones de mejora. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1515

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer trimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 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 RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARCELINO CUCALON LAFUENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
APARICIO ROS EUSEBIO
ORTIN ALVAREZ GLORIA
GRANADA GARCIA PASCUAL
SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL
JARQUE MATEO AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja se encontraron varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identificaba un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercutía sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastraba el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

Por lo tanto los objetivos de este proyecto fueron incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs; Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACG; e implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

Las acciones de mejora a nivel global han sido las siguientes:

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro, así como recordatorio periódico vía correo electrónico
- Eficiencia en visitas: mediante la consulta no presencial, para lo cual se realizó un rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas. Otra cosa que se hizo fue que aquellos pacientes que demandasen atención telefónica serían atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamaría a casa. También se programaron revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD.
- Respecto a la Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. El centro de salud de Cantavieja tiene una "situación excepcional", ya que aunque pertenece al sector de Alcañiz, los pacientes de las localidades de Cantavieja, La Iglesia del Cid y Fortanete son derivados al Hospital de Teruel donde de momento, no tenemos la opción de poder realizar interconsultas virtuales con las diferentes especialidades.
- Eficiencia en farmacia: Se realizaron sesiones sobre la eficiencia en farmacia y sesiones clínicas sobre el uso de antibióticos en faringomigdalitis en pediatría y sobre el uso de antibióticos en Otitis Media Aguda en Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los resultados obtenidos en Diciembre 2017 son los siguientes:

- Eficiencia en visitas mediante la consulta no presencial, estamos pendientes de que nos envíen los resultados, por este motivo para comprobar en qué punto nos encontrábamos en este indicador hemos analizado el mes de diciembre de 2017, dado que en este mes ya estaba implantado este indicador en todo el centro de salud. Los datos obtenidos en diciembre 2017 han sido un 2,50% en enfermería y un 4,65% en las consultas de medicina. Respecto a los profesionales, el 75% de ellos la están utilizando.
- Con respecto a los indicadores de farmacia, si comparamos los datos de septiembre 2017, que fue cuando se inició el proyecto, con los de diciembre de este año en el indicador que íbamos peor (pero se ha alcanzaba el mínimo) ha sido el indicador de estatinas en prevención secundaria, mejorando los resultados en un 3,95%, obteniendo el estándar excelente. Respecto al resto de indicadores se han obtenido datos muy similares, obteniendo en casi todos ellos el máximo excelente. Si comparamos los datos de diciembre 2017 con los del año anterior (diciembre 2016) se puede comprobar cómo hemos mejorado notablemente los resultados en dos indicadores, que son estatinas en prevención secundaria (un aumento del 7,5%) y selección eficiente de estatinas (aumento del 4,13%), llegando en ambos indicadores al estándar excelente. . Respecto al resto de indicadores se han obtenido datos muy similares, obteniendo en casi todos ellos el máximo excelente.

Con respecto a los indicadores de farmacia de pediatría (antibióticos en faringoamigdalitis y otitis media aguda), nuestro centro de salud tiene una situación "especial" ya que no hay un pediatra que tenga un CIAS. Sino que el CIAS de pediatría de Cantavieja lo comparte con el CIAS del pediatra que lleva otros pueblos que pertenecen al sector de Teruel (Sarrión, Mosqueruela, Cedrillas...) por lo que se solicitaron estos datos al servicio de Farmacia, y se han analizado conjuntamente los datos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Respecto a la prescripción de antibióticos en faringoamigdalitis, al analizar los datos el primer problema que tuvimos fue que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centramos en el diagnóstico de Faringoamigdalitis obteníamos muy poquitos resultados, concretamente solo 10 resultados, por lo que ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: Faringitis/ amigdalitis estrept, amigdalitis aguda y hipertrofia/infección, obteniendo así 42 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 42 antibióticos por esta patología, siendo solo 26 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 61,9% (26/42).

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), tiempo en que el que se prescribieron 30 antibióticos por estas patologías, siendo solo 19 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 63,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 12 antibióticos por estas patologías, siendo solo 7 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 58,33%.

Respecto a la prescripción de antibióticos en otitis media aguda, también tuvimos el problema de que los diagnósticos no eran los correctos, si solo nos centrábamos en el diagnóstico de otitis media aguda en todo el año 2017 solo obteníamos 3 resultados, mientras que si ampliamos la búsqueda a los siguientes diagnósticos: otitis externa, dolor de oído/oreja se ampliaba a 5 resultados. Si analizamos todo el año 2017 en conjunto, se prescribieron un total de 5 antibióticos por esta patología, siendo solo 3 de ellos amoxicilina, obteniendo un resultado de 60% (3/5)

Realizamos dos cortes, de enero 2017 a agosto 2017 (tiempo en el que no estaba instaurado en el proyecto), tiempo en que el que se prescribieron 3 antibióticos por estas patologías, siendo solo 1 de ellos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 33,33%.

De septiembre de 2017 a diciembre de 2017, se realizó un segundo corte, ya que en este período de tiempo se instauró el proyecto, en este tiempo se prescribieron 2 antibióticos por estas patologías, siendo los dos amoxicilina, por lo tanto obteniendo un resultado de 100%.

En ambas patologías, estamos por debajo de los parámetros aceptables, incluso en el indicador de FAA se han logrado peores resultados que antes de empezar el proyecto, en el indicador de OMA si que se han logrado mejores resultados, pero al ser tan pocos casos debemos ser cautos.

Con respecto al indicador de la interconsulta virtual, como hemos explicado anteriormente aunque Cantavieja es un centro que pertenece al sector sanitario de Alcañiz, por la especial localización que posee las poblaciones de mayor tamaño (Cantavieja, La Iglesia del Cid y Fortanete) son derivados a las diferentes especialidades del Hospital de Teruel, por lo que al ser otro sector sanitario nos ha sido imposible acceder a esos datos.

INDICADORES:

- % de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría: Diciembre 2017: 4,65%

- % de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería : Diciembre 2017: 2,50%

- Antibióticos en FAA pediatría (año 2017) 63,33%

- Antibióticos en OMA pediatría (año 2017) 60%

- % Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones % de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas: No se han podido obtener los datos al derivar a la mayor parte de nuestros pacientes al Hospital de Teruel, que es otro sector sanitario

- Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones :Estamos pendiente de obtener los datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Seguimos obteniendo muy buenos datos en eficiencia en farmacia, excepto en los indicadores de farmacia de pediatría, el cual es uno de nuestros objetivos de mejora en este año. Con respecto a la consulta no presencial, en la que estamos pendientes de que nos envíen los resultados desde que comenzó este proyecto. En el mes que hemos analizado, que ha sido diciembre porque en este mes ya estaba implantado este indicador en todo el centro de salud, respecto a la consulta de medicina casi hemos alcanzado el objetivo marcado. Respecto a enfermería los datos no han sido tan favorables, una de las razones puede ser la desinformación que siguen teniendo algunos de nuestros profesionales sobre este tipo de consulta y otra razón creemos que es el poco tiempo que lleva instaurada esta consulta. Es una consulta que pueden demandar los pacientes, pero que también podemos "aprovechar" los profesionales sanitarios para informar de resultados, para el seguimiento de patologías crónicas, actualización de receta electrónica, partes de ILT...debido a los resultados obtenidos y al gran potencial que creemos que tiene esta consulta, es uno de nuestros objetivos obtener unos mejores resultados este año implicando a todos los profesionales sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

No se pueden adjuntar gráficos

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1516 ===== ***

Nº de registro: 1516

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE CANTAVIEJA

Autores:
APARICIO ROS EUSEBIO, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, COBOS COBOS JOSE MARCELO, GRANADA GARCIA PASCUAL, ORTIN ALVAREZ GLORIA, SERRANO GODOY MIGUEL ANGEL, JARQUE MATEO AMPARO, GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Cantavieja hemos encontrado varios problemas:
- El escaso peso medio de nuestras ACGs que identifica un problema de registro de los diagnósticos. Esto también repercute sobre nuestros GMAs presentando una figura de población sana que no se corresponde con nuestra población envejecida y que lastra el resto de los indicadores de eficiencia
- La eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs se ha resentido estando por ello todos los indicadores por encima del estándar. Independientemente del bajo peso medio de nuestro centro nos planteamos también intervenir sobre los tres indicadores.

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs y GMAs
Mejorar los tres indicadores de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Cantavieja.

MÉTODO
- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
o Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Cantavieja. La dirección de Atención Primaria deberá gestionarlo con el Hospital de Teruel para aquellas derivaciones que se realicen a él.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo

INDICADORES
% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas
Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1516

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICIENCIA DEL CENTRO SALUD CANTAVIEJA 2016

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Fecha de entrada: 25/01/2018

2. RESPONSABLE ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
MARCO LOSTAL CARMEN
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nuestra zona básica de salud es un área con una elevada dispersión de la población y pocos recursos sanitarios, lo que hace necesario la formación de sus habitantes para una actuación inmediata que pueda salvar o mejorar la calidad futura de vida de las personas que lo precisen.

Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y 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.

La escuela constituye un ambiente idóneo para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la Reanimación CardioPulmonar (RCP). Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarlengu y Pitarque.

Parece claro que los niños pequeños, los menores de 10 o 12 años, pueden tener dificultades para realizar algunas de las habilidades prácticas que conlleva el aprendizaje de las técnicas básicas de reanimación (realización de masaje cardíaco y ventilaciones) debido a sus características físicas. Pero estos niños son capaces de aprender estas y otras cuestiones teóricas relacionadas con el soporte vital, como el acceso al sistema de emergencias médicas, por lo que es posible implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

Por estas razones consideramos importante realizar este proyecto de atención comunitaria, con el objetivo de mejorar la actitud de los alumnos ante una situación de emergencia vital, así como explicarles el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencia, instruirlos sobre medidas de autoprotección de prevención de accidentes domésticos, y enseñarles los pasos de reanimación cardiopulmonar (sólo con las manos en los menores de 10 años) y de la desobstrucción de la vía aérea.

Otro de los objetivos fue implicar a los profesionales sanitarios del centro de salud para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud e instaurar unos cauces de comunicación efectivos entre el CRA Alto Maestrazgo y el centro de salud de Cantavieja, así como visibilizar el trabajo de promoción de la salud y actividades en materia de prevención de los profesionales de nuestro centro.

Al principio del proyecto, lo primero que se hizo fue designar a un responsable de este proyecto (Raquel Sanjuán Domingo), quien se puso en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo trasladase al resto de profesores. Una vez aprobado los talleres por el claustro de profesores, y de acuerdo con los alumnos matriculados en cada escuela, se acordó también los días que se iban a impartir los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.

Se preparó un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptó el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo, debido a las características las escuelas rurales, de acuerdo, con los profesores de los centros se acordó dividir a los alumnos en educación infantil (3-6 años) y educación primaria (7-12 años) y como máximo en cada taller estarían veinte alumnos y como mínimo dos docentes.

En general, las charlas a educación infantil no sobrepasaron los 30 minutos, y las de educación primaria duraron una hora aproximadamente. Se utilizaron diapositivas muy vistosas que se fueron intercalando con vídeos y canciones sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se adecuó el lenguaje a cada edad y se fomentó la participación de los niños, por ejemplo lanzándoles preguntas. A los niños se les enseñó la reanimación sobre un peluche de unos 100 cm para que pudieran practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él, especialmente el masaje cardíaco; otras técnicas como la PSL (posición lateral de seguridad) o la desobstrucción de la vía aérea, pusimos a un docente o a un profesor para que practicasen.

Los elementos fundamentales que constituyeron los contenidos de la formación fueron el reconocimiento de la parada cardíaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.

El contenido por los grupos de edad fue el siguiente:

Grupo 1 (3-6 años):

- Concepto de Emergencia.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?, ¿Para que sirve?, ¿Qué me van a preguntar? ¿ Que tengo que decir? - ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Diferenciar entre una persona dormida y una persona inconsciente. Ponemos a un profesor en el suelo y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

ponemos distintos ejemplos
- Práctica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años):
Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):
La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Además para valorar los conocimientos, a los alumnos de educación primaria, es decir a partir de los 7 años, se les realizó un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología. También se les realizó una encuesta de satisfacción que constaba de cinco ítems, los cuatro primeros ítems eran preguntas cerradas donde la respuesta era sí o no y el quinto ítem sobre la valoración del taller (puntuación del 1 al 10).

A los profesores que asistieron a los talleres acompañando a los alumnos también se les realizó una encuesta de satisfacción, que constaba de diez ítems, los primeros siete ítems constaban de preguntas cerradas con respuesta dicotómica (si o no) sobre si consideraban útil el taller, si les había gustado el taller... el octavo ítem se les sugería si quería que les diésemos algún taller a los profesores nos indicasen que temas les gustaría, el noveno ítem era una valoración del curso, con una puntuación del 0 al 10, y el decimo ítem si nos querían dejar algún comentario o sugerencia.

El total de alumnos matriculados en el CRA del Alto Maestrazgo eran 143 alumnos, de los cuáles 49 estaban en educación infantil y 94 en educación primaria. La distribución de los alumnos era la siguiente:

Fortanete: 7 alumnos en educación infantil y 14 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Cantavieja: 30 alumnos en educación infantil y 56 alumnos en educación primaria. Se dividieron en dos grupos de educación infantil y tres grupos de educación primaria.
La Iglesuela del Cid: 4 alumnos en educación infantil y 16 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Villarluengo: 6 alumnos en educación infantil y 5 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.
Pitarque: 2 alumnos en educación infantil y 3 alumnos en educación primaria. Se dividieron en un grupo de educación infantil y un grupo de educación primaria.

El calendario fue el siguiente:

29 Septiembre: se impartió el taller en la escuela de Fortanete, de 11 horas a 12 horas al grupo de educación primaria y 12 horas a 12,30 horas al grupo de educación infantil. Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo y Carmen Marco Lostal.
2 octubre: se impartió el taller en la escuela de Cantavieja, a dos grupos de educación primaria, a uno de 15 horas a 16 horas y al segundo de 16 horas a 17 horas. Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo, Manuela Gómez Silvestre y José Manuel Edo Mallén.
3 octubre: se impartió el taller en la escuela de Cantavieja, a dos grupos de educación infantil (el horario del primer grupo fue de 10,30 horas a 11 horas, y el segundo grupo de 12,30 horas a 13,00 horas); y al último grupo de educación primaria (de 11 horas a 12 horas). Los docentes fueron Raquel Sanjuán Domingo y Rosario Ana Paulo Fuertes.
16 octubre: se impartió el taller en la escuela de la Iglesuela del Cid, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Rosario Ana Paulo Fuertes, Manuela Gómez Silvestre y Marcelino Cucalón Lafuente.
24 octubre: se impartió el taller en la escuela de Villarluengo, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Juan Manuel Valle Lobatón y Jose Manuel Edo Mallén.
24 octubre: se impartió el taller en la escuela de Villarluengo, a un grupo de educación primaria(de 10 horas a 11 horas) y a un grupo de educación infantil (de 11 horas a 11,30 horas). Los docentes fueron Juan Manuel Valle Lobatón y Jose Manuel Edo Mallén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Niños participantes /Total de niños del CRA: El total de niños matriculados en la escuela CRA del Alto Maestrazgo son 143 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres fueron 138 alumnos. 138 alumnos que participaron en el taller/143 alumnos= 96,50% fue la asistencia a los talleres.

- Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.

FORTANETE:

Total: 21 alumnos asistieron/21 alumnos=100%
Educación infantil: 7 alumnos asistieron/7 alumnos=100%
Educación primaria= 14 alumnos asistieron/14 alumnos=100%
CANTAVIEJA
TOTAL: 84 alumnos participantes/86 alumnos=97%
1 Educación Infantil: 10 alumnos participantes/12 alumnos= 83,33%
2 Educación Infantil: 8 alumnos participantes/8 alumnos= 100%
3 Educación Infantil: 10 alumnos participantes/10 alumnos= 100%
1 Educación Primaria: 7 alumnos participantes/7 alumnos=100%
2 Educación Primaria: 12 alumnos participantes/12 alumnos=100%
3 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%
4 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

5 Educación Primaria: 10 alumnos participantes/10 alumnos=100%
6 Educación Primaria: 7 alumnos participantes/7 alumnos=100%
LA IGLESUELA DEL CID
Total: 20 alumnos asistieron/21 alumnos=95,23%
Educación infantil: 7 alumnos asistieron/8 alumnos=87,5%
Educación primaria= 12 alumnos asistieron/12 alumnos=100%
VILLARLUENGO
Total: 8 alumnos asistieron/11 alumnos=72,72%
Educación infantil: 5 alumnos asistieron/6 alumnos=83,33%
Educación primaria= 3 alumnos asistieron/5 alumnos=60%
PITARQUE
Total: 5 alumnos asistieron/5 alumnos=95,23%
Educación infantil: 2 alumnos asistieron/2 alumnos=87,5%
Educación primaria= 3 alumnos asistieron/3 alumnos=100%

- Profesores asistentes. Los profesores que dan clases en el CRA Alto Maestrazgo son 20 profesores y los profesores que acudieron a los talleres acompañando a sus alumnos fueron 12, por lo tanto la asistencia fue de un 60%.

- Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos. La nota media del pre-test fue de 5,78 puntos y la nota media de la encuesta post-taller de 8,57 puntos.

- Resultados de la encuesta de satisfacción niños. La encuesta de satisfacción estaba comprendida por varios ítems que son los siguientes:
¿Has considerado útil el taller de Primeros Auxilios?: el 100% de los alumnos contestaron que habían considerado útil el taller.
¿Te ha gustado el contenido del taller?: el 99,27% de los alumnos contestaron que les había gustado el taller, sólo un alumno contestó que no le había gustado el taller.
¿Lo volverías a realizar?: el 98,55% de los alumnos contestaron que volverían a realizar el taller, sólo dos alumnos contestaron que no lo volverían a realizar.
¿Has aprendido cosas nuevas?: el 98,55% de los alumnos contestaron que volverían a realizar el taller, un alumno contestó que no lo volvería a realizar y otro alumno no contestó a este ítem.

- Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración): la puntuación media que dieron los alumnos al taller fue de 9,16 puntos.

-Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. Los profesores que asistieron a los talleres fueron 12 profesores, en el centro se encuentran dando docencia 20 profesores.
La encuesta de satisfacción a los profesores estaba comprendida por varios ítems que son los siguientes:
¿Has considerado útil el taller de Primeros Auxilios impartido a los alumnos?: el 100% de los profesores consideraron útil el taller impartido.
¿Te ha gustado el contenido del taller?: el 100% de los profesores contestaron que les había gustado el taller.
¿Consideras el contenido del taller adaptado a las edades de los alumnos?: el 100% de los profesores consideraron que el taller estaba adaptado a la edad de los alumnos.
¿Consideras que los alumnos han participado en el taller?: el 100% de los profesores consideraron que los alumnos sí que habían participado en el taller.
¿Crees que han aprendido cosas nuevas los alumnos?: el 100% de los profesores contestaron que sí creían que los alumnos habían aprendido cosas nuevas.
¿Te gustaría que lo volviésemos a impartir a tus alumnos?: el 100% de los profesores contestaron que sí que les gustaría que les volviésemos a impartir a sus alumnos el taller.
¿Te gustaría que impartiésemos algún curso a los profesores?: el 100% de los alumnos contestaron que les gustaría que les impartiésemos algún curso a ellos.
Si es que sí, ¿puedes decirnos que temas te interesarían?: respecto a los temas el 75% de los profesores contestaron que temas les gustaría que les impartiésemos; respecto a los que contestaron sobre qué temas les interesarían el 100% contestó un taller sobre Primeros Auxilios; otros temas fueron cura de heridas (8,3%), Reanimación Cardiopulmonar (8,3%), atragantamiento (8,3%).
Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración): La puntuación media del taller fue de 9 puntos.
El décimo ítem era una pregunta abierta por si querían escribir algún comentario o sugerencia, y aquí expusieron que les había gustado mucho el taller, y que se había conjugado muy bien la parte teórica con la parte práctica.

Señala como valorarías el curso del 0 al 10 (siendo 0 mala valoración y 10 una excelente valoración):

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras terminar el proyecto se ha confirmado que los resultados han sido muy favorables, la asistencia de los alumnos a los talleres fue de un 96,50%, y los alumnos que no asistieron a los talleres fue porque ese día no habían acudido al colegio por encontrarse enfermos.
Se ha confirmado con los test que se realizaron antes del taller y después del taller que los alumnos han aprendido cosas nuevas, ya que la puntuación del test ha sido más alta que la del inicio, como se puede ver en los resultados, siendo la nota media del test inicial de 5,78 puntos y la nota media del test después del taller de 8,57 puntos. En la encuesta de satisfacción de los alumnos también se puede comprobar que les ha gustado el taller, considerando que ha sido útil y que han aprendido cosas nuevas, y dando una puntuación media al taller de 9,16 puntos.
Respecto a los profesores, la asistencia media fue de un 60%, y la valoración por su parte del taller ha sido muy satisfactoria, como se puede comprobar en los resultados, dando una puntuación media al taller de 9 puntos, y también solicitando la impartición de talleres a ellos.
Respecto a los profesionales del centro de salud, ha sido una actividad muy satisfactoria que ha logrado la implicación de muchos de ellos, superior a un 60%, incluso alguno que no estaba incluido al principio en este proyecto de comunidad al principio ha querido participar.
Por todas estas razones creemos que los resultados han sido muy satisfactorios, que ha logrado implicar a más de la mitad de los profesionales del centro sanitario, y a casi el 100% de los alumnos. Por estas razones en un futuro, es posible que este tipo de actividades se amplíen al resto de centros educativos (instituto), profesores y resto de comunidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1523 ===== ***

Nº de registro: 1523

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

Autores:
SANJUAN DOMINGO RAQUEL, COBOS COBOS JOSE MARCELO, EDO MALLEN JOSE MANUEL, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, MARCO LOSTAL CARMEN, ALEGRE HUALDE JOSE LUIS, GOMEZ SILVESTRE MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Un espacio idóneo para iniciar en el adiestramiento sobre primeros auxilios, es sin duda en la escuela. Los alumnos de infantil y 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.
Debido a que los niños pequeños pueden tener dificultades para realizar alguna de las habilidades prácticas, nuestro objetivo es implementar una formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa de educación infantil para ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para la impartición de los cursos de primeros auxilios en las escuelas de nuestra zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del número 112 y de los servicios de emergencias
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

- Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto centros educativos (instituto) y comunidad.
- Adaptar el contenido de las charlas a la edad de los niños

MÉTODO

Las escuelas de nuestra zona básica de salud están agrupadas en el C.R.A (Colegio Rural Agrupado) del Alto Maestrazgo. Un colegio rural agrupado es un centro educativo formado por un grupo de escuelas rurales que comparten un mismo entorno físico y socio-cultural. La sede se encuentra en Cantavieja, y se ofrece escolarización además en las localidades de Fortanete, La Iglesuela del Cid, Villarluengo y Pitarque.

Lo primero que realizaremos será designar unos responsables de este proyecto. Estos responsables se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo dándole a conocer nuestro proyecto, para que después ella se lo traslade al resto de profesores. Así mismo se acordará también los días que se impartirán los talleres en los distintos centros y que profesionales acudirán.

Se prepara un temario de acuerdo a la edad escolar de los alumnos y se adaptará el método educativo a la edad de los escolares y a su ciclo formativo. En general, las charlas a educación infantil no sobrepasarán los 30 minutos, y las del resto durarán una hora aproximadamente.

Se utilizarán diapositivas muy vistosas y se intercalarán videos sobre los servicios de emergencias y RCP para fijar la atención de los alumnos. Se intentará adecuar el lenguaje a cada edad e intentar que los niños participen.

A los niños pequeños se les enseñará la reanimación sobre un muñeco o peluche de unos 40 cm para que puedan practicar las maniobras de reanimación cardiopulmonar sobre él. Los alumnos más mayores deberán practicar sobre maniqués de entrenamiento.

Los elementos fundamentales que deben constituir los contenidos de la formación son el reconocimiento de la parada cardiaca, la comprobación de la seguridad en escena, la obtención de ayuda mediante la llamada telefónica al 112, la administración de una compresiones torácicas de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante una emergencia.

El contenido por los grupos de edad serán los siguientes:

Grupo 1 (3-6 años).

- Emergencia. Concepto.
- El número del teléfono 112.
- ¿Qué es el 112?
- ¿Para que sirve?
- ¿Qué me van a preguntar? ¿ Que tengo que decir?
- ¿Desde que teléfono puedo llamar?
- ¿Qué es una RCP?
- Practica de RCP solo con las manos

Grupo 2 (7-10 años)

- Además de los anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, síncope.

Grupo 3 (11-12 años):

- La diferencia del grupo anterior es que la RCP se enseñará completa.

Se realizará un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología

INDICADORES

Niños participantes /Total de niños del CRA

Niños por escuela participantes/total de niños de cada escuela.

Profesores asistentes.

Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción niños. Constará de 10 preguntas con cuatro respuestas a elegir entre nada, poco, bastante o mucho.

Resultados de la encuesta de satisfacción profesores. La encuesta de profesores tendrá similares características, dejando alguna pregunta abierta para sugerencias, comentarios.

DURACIÓN

En el mes de Junio se decidirán los responsables que durante el mes de septiembre se pondrán en contacto con la directora del CRA Alto Maestrazgo.

En los meses de Julio y Agosto se preparará el taller.

En octubre y noviembre se desarrollarán los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1523

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS EN UNA ESCUELA RURAL

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL SANJUAN DOMINGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA COLINAS ARANTZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el acuerdo de gestión clínica. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).

Después de analizar los motivos que hubiesen podido favorecer el incumplimiento, se detectó que los diagnósticos que indicaban los facultativos no siempre eran los correctos para esta patologías, ya que se utilizaban indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección ... Esto hacía que la extracción de datos no fuese fiable y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, se tuvieron que analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevaban asociados antibióticos y, perdiendo en ocasiones puntuales aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.

Nuestro objetivo ha sido estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018; además de que se seleccionase el diagnóstico correcto en OMI.

Las actividades que se realizaron fueron las siguientes:

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017.

En la sesión del 19 de febrero se explicó las indicaciones del Streptotest, así como su utilización.

Cada trimestre se han presentado los resultados obtenidos en el trimestre anterior de ambas patologías (FAA y OMA), y además en cada reunión se ha vuelto a recordar el tratamiento antibiótico de elección en cada patología.

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el año 2017 en nuestro centro de salud, donde no llegamos al objetivo mínimo del acuerdo de gestión clínica. En concreto en la patología de FAA sólo el 61,9% de las prescripciones en pacientes pediátricos con FAA fue con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina), siendo el objetivo mínimo de 83,8%. Respecto a la patología de OMA el 60% de las prescripciones en pacientes pediátricos con FAA fue con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).siendo el objetivo mínimo 86,1%. Ese mismo día se dio una sesión clínica sobre FAA donde se explicó la clínica, los criterios Centor y McIsaac (en niños); las indicaciones del Streptotest y los pasos a seguir para su utilización. También se insistió en el tratamiento de elección de esta patología. También se explicó la OMA, su clínica y tratamiento antibiótico de elección.

A partir de estos datos de los que partíamos y de la formación recordando estas patologías, se fueron recogiendo los datos y realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.

El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes. En FAA, hubo un total de 14 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 50% de los casos (7 casos), y en el resto, 50%, se seleccionó el caso de Amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 71,42% de los pacientes (10 pacientes), en el resto (28,58%, 4 pacientes) otros antibióticos (amoxicilina/ácido clavulánico 1 paciente, azitromicina 2 pacientes y claritromicina 1 paciente). En OMA, hubo un total de 8 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en un 50% de los casos (4 casos), y el otro 50%, se seleccionó el caso de Otitis externa. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 75% de los pacientes (6 pacientes), en el resto (25%, 2 pacientes) otros antibióticos (cefuroxima y azitromicina).

En este primer trimestre cabe destacar la mejoría de la elección del antibiótico, en el caso de FAA alcanzado un 71,42% (objetivo mínimo a alcanzar 83,8%) y en OMA alcanzando un 75% (objetivo mínimo a alcanzar 86,1%).

Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En FAA, hubo un total de 13 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en el 100% de los casos. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 92,30% de los pacientes (12 pacientes), en el resto (7,7%, 1 paciente) se pautó amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un total de 3 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en el 100% de los casos (3 pacientes); en cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 100% de los pacientes (3 pacientes)

Hay que señalar que en este segundo trimestre, aumentaron el objetivo mínimo a 86,44% el caso de FAA y a 88,10% en OMA. Respecto a FAA en el primer semestre de 2018 logramos alcanzar un 81,86% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA alcanzando un 87,5% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).

Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En FAA, hubo un total de 15 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 80% de los casos (12 pacientes), y en el resto (20%) el diagnóstico de amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 86,66% de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

pacientes (13 pacientes), en el resto (13,34%, 2 paciente) se pautó amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un 1 caso; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda (100%) y en cuanto al tratamiento se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico (100%). En los primeros 9 meses del 2018 se logró alcanzar un 83,46% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA, se alcanzó un 91,66% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%). Los resultados del cuarto trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 de febrero de 2019, donde también se presentaron los resultados finales. En el cuarto trimestre, En FAA, hubo un total de 16 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Faringitis/Amigdalitis estreptocócica en un 50% de los casos (8 casos), y en el resto, 50%, se seleccionó el caso de Amigdalitis aguda. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina en el 93,75% de los pacientes (15 pacientes), en el resto (6,25%, 1 paciente) amoxicilina/ácido clavulánico. En OMA, hubo un total de 6 casos; respecto al diagnóstico correcto, se seleccionó el diagnóstico de Otitis media/miringitis aguda en un 50% de los casos (3 casos), en un 16,66% (1 caso) se seleccionó otitis externa, y en el resto (33,33%, 2 casos) otitis media. En cuanto al tratamiento, se pautó amoxicilina/amoxicilina + ácido clavulánico en el 66,66% de los pacientes (4 pacientes), en el resto azitromicina (2 casos, 33.34%). A lo largo del año 2018 cabe destacar la mejora de la elección del antibiótico, en el caso de FAA alcanzado un 86,03% (objetivo mínimo a alcanzar 86,44%) y en OMA alcanzando un 85,41% (objetivo mínimo a alcanzar 88,1%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina): 86,03%. En 1 trimestre 71,42%, en 2 trimestre 92,30%, en 3 trimestre 83,46% y en 4 trimestre 93,75%.

% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico): 85,41%. En 1 trimestre 75%, en 2 trimestre 100%, en 3 trimestre 100% y en 4 trimestre 66,66%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que no hemos alcanzado el mínimo exigido en ambas patologías, aunque por muy poquito, en FAA hemos alcanzado un 86,03%, siendo el mínimo exigido un 86,44%; y en OMA hemos alcanzado un 85,41%, siendo el mínimo exigido un 88,10%; vamos por el buen camino ya que si comparamos los resultados con los obtenidos el año pasado (FAA 61,9%, OMA 60%) hemos mejorado mucho. Este proyecto ha tenido buena acogida por los profesionales de nuestro centro, y además los resultados tienen una mejora en el tratamiento de nuestros pacientes, por lo que es necesario seguir por este camino.

7. OBSERVACIONES.

Es una memoria finalizada

*** ===== Resumen del proyecto 2018/432 ===== ***

Nº de registro: 0432

Título
USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Autores:
SANJUAN DOMINGO RAQUEL, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZATU

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FAA y OMA
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados obtenidos en el año 2017 en los indicadores de farmacia en pediatría en el EAP de Cantavieja (Uso de antibióticos en FAA en pediatría y uso de antibióticos en OMA en pediatría) no alcanzaron el mínimo exigido en el contrato de gestión. Esta situación se dio también en el conjunto del Sector Alcañiz y en el Sector Teruel (al que estamos adscritos en Pediatría).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0432

1. TÍTULO

USO DE ANTIBIOTICOS EN FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA AGUDA (FAA) Y EN OTITIS MEDIA AGUDA (OMA) EN PEDIATRIA EN EL EAP CANTAVIEJA

Analizando los motivos que pueden favorecer el incumplimiento, detectamos que:

- Resulta complejo obtener los datos de consumo, ya que pertenecen a otro sector. A través de la farmacéutica de AP (FAP) los conseguimos y se pueden analizar, aunque sea manualmente.
 - Los diagnósticos que indican los facultativos no siempre son correctos para estas patologías, ya que se utilizan indistintamente para la FAA diagnósticos tipo Faringitis/amigdalitis estreptocócica, amigdalitis aguda, hipertrofia, infección ... Esto hace que la extracción de datos sea incorrecta y que para poder analizar realmente el uso de antibióticos, debamos analizar todos los diagnósticos/tratamientos que llevan asociados antibióticos y perdamos aquellos diagnósticos diferentes a FAA en los que no se ha prescrito antibiótico.
- Por lo que otro de nuestros objetivos es que se seleccione el diagnóstico correcto en OMI.

RESULTADOS ESPERADOS

Estar en los rangos indicados por el cuadro de mandos de farmacia para ambos indicadores en diciembre de 2018.

MÉTODO

1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
 - a. Diagnóstico y tratamiento.
 - b. Uso del Streptotest en FAA.
 - c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
 - a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
 - b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

INDICADORES

1. Presentación del proyecto al EAP de Cantavieja en reunión de equipo. Primer trimestre 2018.
2. Formación en OMI-AP (diagnósticos). Primer trimestre 2018.
3. Sesiones clínicas en ambas patologías (FAA y OMA). Primer trimestre 2018.
 - a. Diagnóstico y tratamiento.
 - b. Uso del Streptotest en FAA.
 - c. Datos de prescripción EAP.
4. Trimestralmente, se informará al equipo de los resultados obtenidos en ambos indicadores, tal y como viene descrito en el contrato de gestión. En caso necesario, se planterarán junto con la FAP las acciones de mejora oportunas.
 - a. Uso de antibióticos en Faringoamigdalitis estreptocócica.
% prescripciones en pacientes pediátricos con FAA con antibióticos de primera elección (penicilina V, amoxicilina o fenoximetilpenicilina).
 - b. Uso de antibióticos en Otitis media aguda.
% prescripciones en pacientes pediátricos con OMA con antibióticos de primera elección (amoxicilina y amoxicilina/ácido clavulánico).

DURACIÓN

Primer Trimestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo de EAP.
Impartición sesiones clínicas.
Trimestralmente
Análisis de los datos, presentación al equipo y planteamiento/ejecución de acciones de mejora junto a la FAP.
Enero 2019
Análisis de los resultados obtenidos en ambos indicadores.
Elaboración de la memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 03/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAULO FUERTES ROSARIO ANA
MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.

En el EAP Cantavieja no era frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos era la dispersión poblacional, por lo que se tendía a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, se creyó conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.

La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.

Con este proyecto se quiso reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También quisimos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

Cada sesión constó de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente pudo desarrollar las habilidades adquiridas. En las sesiones se favoreció el diálogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizó a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudieron por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente, las fechas y el personal que lo impartió fue el siguiente:

1 sesión: ¿Qué es la diabetes?. Fue impartida el día 28-Septiembre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 8 pacientes.

2 sesión: Fármacos en diabetes. Fue impartida el día 5-October-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 8 pacientes.

3 sesión: Complicaciones diabetes. Fue impartida el día 11-October-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 9 pacientes.

4 sesión: Alimentación y ejercicio físico. Fue impartida el día 19-octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 9 pacientes.

A los asistentes a las sesiones, se les realizó un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y el mismo test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. Cada test consistía en 5 preguntas, en las que se daba a elegir entre cuatro respuestas, siendo sólo una de ellas verdadera; la puntuación máxima, por lo tanto, era un 5.

Los indicadores fueron los siguientes:

Resultados Test previo a cada sesión:

1 sesión: 3,25

2 sesión: 2,85

3 sesión: 4,33

4 sesión: 3,66

Total: 3,52

Resultados Test posterior a cada sesión :

1 sesión: 4,25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2 sesión: 3,75
3 sesión: 5
4 sesión: 4,22
Total: 4,30

Al finalizar la última sesión se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes, para que valorasen en conjunto todas las sesiones realizadas. La media de los resultados obtenidos fue (escala puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima):
La duración de la actividad ha sido: 5
La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 5
El contenido de la sesión ha sido útil: 5
He aprendido cosas nuevas: 5
Valoración general de la actividad: 4,6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal ha mejorado los conocimientos de la diabetes por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la mejoría de la puntuación del test posterior a la realización del taller. Esta actividad ha tenido muy buena acogida por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la encuesta de satisfacción. Los participantes en las sesiones mostraron su satisfacción por las sesiones realizadas, y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres. También de de forma indirecta, también se ha conseguido implicar a los profesionales sanitarios de nuestro centro en actividad comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/538 ===== ***

Nº de registro: 0538

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLÉN JOSE MANUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, VALLE LOBATON JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.

En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.

La incorporación de los programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.

Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

MÉTODO

Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja. Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.

El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares

A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

INDICADORES

- Resultados Test previo a cada sesión
- Resultados Test posterior a cada sesión
- Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean 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 - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN MARCO LOSTAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENDAÑA PEREZ LUCIA PILAR
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
VALLE LOBATON JUAN MANUEL
PAULO FUERTES ROSARIO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva.

En el EAP Cantavieja no era frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos era la dispersión poblacional, por lo que se tendía a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, se creyó conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios.

La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo.

Con este proyecto se quiso reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También quisimos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

Los objetivos que nos planteamos fueron los siguientes:

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

Cada sesión constó de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos, así como una parte práctica en la que el paciente pudo desarrollar las habilidades adquiridas. En las sesiones se favoreció el diálogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizó a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera. También se utilizó la captación activa de pacientes cuando acudieron por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se impartieron un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente, las fechas y el personal que lo impartió fue el siguiente:

1 sesión: ¿Qué es la diabetes?. Fue impartida el día 28-Septiembre-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 8 pacientes.

2 sesión: Fármacos en diabetes. Fue impartida el día 5-October-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 8 pacientes.

3 sesión: Complicaciones diabetes. Fue impartida el día 11-October-2018 por Lucia Mendaña Perez. La asistencia fue de 9 pacientes.

4 sesión: Alimentación y ejercicio físico. Fue impartida el día 19-octubre-2018 por Carmen Marco Lostal. La asistencia fue de 9 pacientes.

A los asistentes a las sesiones, se les realizó un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y el mismo test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. Cada test consistía en 5 preguntas, en las que se daba a elegir entre cuatro respuestas, siendo sólo una de ellas verdadera; la puntuación máxima, por lo tanto, era un 5.

Los indicadores fueron los siguientes:

Resultados Test previo a cada sesión:

1 sesión: 3,25

2 sesión: 2,85

3 sesión: 4,33

4 sesión: 3,66

Total: 3,52

Resultados Test posterior a cada sesión :

1 sesión: 4,25

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

2 sesión: 3,75
3 sesión: 5
4 sesión: 4,22
Total: 4,30

Al finalizar la última sesión se realizó una encuesta de satisfacción a todos los asistentes, para que valorasen en conjunto todas las sesiones realizadas. La media de los resultados obtenidos fue (escala puntuación: 1 puntuación mínima, 5 puntuación máxima):

- La duración de la actividad ha sido: 5
- La actividad formativa ha cubierto mis expectativas: 5
- El contenido de la sesión ha sido útil: 5
- He aprendido cosas nuevas: 5
- Valoración general de la actividad: 4,6

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La educación grupal ha mejorado los conocimientos de la diabetes por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la mejoría de la puntuación del test posterior a la realización del taller. Esta actividad ha tenido muy buena acogida por nuestros pacientes, como se puede comprobar en la encuesta de satisfacción. Los participantes en las sesiones mostraron su satisfacción por las sesiones realizadas, y expresaron su deseo de que se organizaran más actividades como la realizada, mostrando su interés en participar en futuros talleres. Sin embargo, dada la dispersión de la población y la orografía solamente se consiguió sacar un grupo de trabajo en un pueblo de los pertenecientes al centro de salud, por lo que se decide dar por finalizado el programa, siguiendo con educación individual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/538 ===== ***

Nº de registro: 0538

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

Autores:
MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSARIO ANA, EDO MALLEN JOSE MANUEL, GOMEZ SILVESTRE MANUELA, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, VALLE LOBATON JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbimortalidad y complicaciones crónicas que conlleva. En el EAP Cantavieja no es frecuente realizar actividades de promoción de la salud, uno de los motivos es la dispersión poblacional, por lo que se tiende a realizar más actividades educativas a nivel individual. Pero tras una reunión del equipo de EAP, creemos conveniente realizar esta educación grupal para reforzar la educación individualizada, mejorando así la calidad de vida de estos pacientes y de forma secundaria, disminuir el consumo de recursos sanitarios. La incorporación de la programas de la educación diabetológica, como parte fundamental del tratamiento para la DM, ha supuesto un cambio importante en la evolución de la enfermedad y ha demostrado un mejor control glucémico y una reducción de los costes sanitarios tras este tipo de intervenciones, aunque para ello se requiere que sean mantenidas en el tiempo. Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. También se quiere implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de esta patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0538

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES TIPO 2 EN UNA ZONA BASICA DE SALUD

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM
- Dotar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludable
- Minimizar las complicaciones de la DM
- Mejorar la calidad de vida del paciente
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.
- Activación del EAP en relación con la mejora de calidad

MÉTODO

Se formarán 2- 3 profesionales del equipo en los contenidos del programa estructurado de educación grupal del Servicio Aragonés de Salud. Para ello, asistirán a un curso completo de educación grupal desarrollado por uno de los centros del sector que ha sido formado para implementar este programa. Se impartirán un total de cuatro sesiones consecutivas, realizadas semanalmente de una hora y media de duración. Cada una de ellas será impartida por dos miembros del equipo. La actividad se desarrollará en la sala de juntas del CS Cantavieja. Cada sesión constará de una exposición del tema a abordar por el profesional responsable mediante un Power Point, material multimedia y resúmenes o esquemas ilustrativos proporcionados por el programa del Servicio Aragonés de Salud, así como una parte práctica en la que el paciente desarrollará las habilidades adquiridas durante la sesión ya sea mediante rol-playing o demostración con entrenamiento, que hagan participar al paciente de forma activa. En las sesiones se favorecerá el dialogo bidireccional tanto con los profesionales como con los pacientes asistentes, con la finalidad de intercambiar experiencias.

La captación de pacientes se realizara a través de un sistema de carteles expuestos en los paneles informativos del centro de salud, zona de admisión y sala de espera, que contendrán información básica como fecha de realización, contenido del taller y forma de inscripción. También se utilizará la captación activa de pacientes cuando acudan por otros motivos a las consultas de medicina y enfermería, ya sean consultas programadas o a demanda.

El grupo será homogéneo: en función del nivel de instrucción. Los grupos estarán compuestos por un mínimo de 7 personas, si no vienen acompañados por un familiar, y un máximo de 15-20 si acuden acompañados por cuidadores o familiares

A los asistentes a las sesiones, se les realizará un test antes de iniciar la sesión para valorar sus conocimientos previos a la sesión, y otro test al finalizar la sesión, para evaluar los conocimientos adquiridos durante la misma. También, al acabar el curso, se les realizara una encuesta de satisfacción.

INDICADORES

- Resultados Test previo a cada sesión
- Resultados Test posterior a cada sesión
- Resultados de la encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Dependerá del calendario de formación del SALUD para desarrollar el curso de educación grupal donde se difundirá el programa estructurado. En los meses siguientes se realizarán los talleres que se crean 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 - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 05/01/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
APARICIO ROS EUSEBIO
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
EGEA PER OSCAR
GRANADA GARCIA PASCUAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud fue la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilitasen la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Los objetivos de nuestro proyecto fueron los siguientes:

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017 en nuestro centro de salud, que fue cuando se instauró esta consulta, donde no llegamos al objetivo mínimo del contrato programa. En concreto en consulta de medicina, en el mes de diciembre 2017, se logró un 4,65% de CNP (objetivo mínimo 5%) y en consulta de enfermería un 2,5% (objetivo mínimo un 10%).

A partir de estos datos, se fueron realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.

El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes, en medicina se consiguió que un 8,41% del total de consultas fueran consultas no presenciales (hubo en total 3138 consultas y de ellas 264 fueron consultas no presenciales) y en enfermería un 9,77% de las consultas fueron no presenciales (hubo 1258 consultas, de las cuales 123 fueron CNP)

Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En medicina el 14,58% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3496 consultas, de las cuales 510 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,89% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuales 209 fueron CNP). En total en el primer semestre de 2018 se consiguieron los siguientes resultados; en medicina el 11,66% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 6634 consultas, de las cuales 774 fueron CNP) y en enfermería el 11,53% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 2879 consultas, de las cuales 332 fueron CNP). Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En medicina el 11,62% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3844 consultas, de las cuales 447 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 8,08% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuales 131 fueron CNP). En total, en los primeros nueve meses de 2018 se consiguieron los siguientes resultados; en medicina el 11,65% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 10478 consultas, de las cuales 1221 fueron CNP) y en enfermería el 11,84% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3910 consultas, de las cuales 463 fueron CNP).

Los resultados del cuarto trimestre se presentarán en una reunión que se realizará este mes de enero de 2019, donde se presentarán también los resultados finales. En el cuarto trimestre, en medicina el 12,70% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3590 consultas, de las cuales 456 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,56% (hubo un total de 1807 consultas, de las cuales 227 fueron CNP). Como conclusión en el año 2018; en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuales 1677 fueron CNP) y en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría): en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuales 1677 fueron CNP)

10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

consultas de enfermería): en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este tipo de consulta ha tenido una buena acogida tanto por los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes, consiguiendo resultados muy óptimos y alcanzando el objetivo mínimo establecido en nuestro contrato programa

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Autores:
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, APARICIO ROS EUSEBIO, GRANADA GARCIA PASCUAL, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cnp
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:

- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entregar resultados de analíticas y pruebas complementarias.

- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente siguen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algunas de esas visitas de control pueden hacerse por teléfono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto telefónico para valorar la evolución. Después de una visita a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.

- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

MÉTODO

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

INDICADORES

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)
10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

DURACIÓN

Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018
Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018
Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .
Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO ANA PAULO FUERTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANJUAN DOMINGO RAQUEL
GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION
GOMEZ SILVESTRE MANUELA
APARICIO ROS EUSEBIO
CUCALON LAFUENTE MARCELINO
MARCO LOSTAL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud fue la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilitasen la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Los objetivos de nuestro proyecto fueron los siguientes:

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

El 19 de febrero de 2018 en una reunión se presentó este proyecto al equipo de atención primaria. Partíamos del análisis de los datos que se realizaron en el mes de Diciembre de 2017 en nuestro centro de salud, que fue cuando se instauró esta consulta, donde no llegamos al objetivo mínimo del acuerdo de gestión clínica. En concreto en consulta de medicina, en el mes de diciembre 2017, se logró un 4,65% de CNP (objetivo mínimo 5%) y en consulta de enfermería un 2,5% (objetivo mínimo un 10%).

A partir de estos datos, se fueron realizando reuniones trimestrales donde se presentaban los datos obtenidos hasta ese momento, y se resolvían las dudas que podían surgir a los profesionales.

El día 9 de abril de 2018 en una reunión con el equipo se presentaron los datos obtenidos en el primer trimestre del año que fueron los siguientes, en medicina se consiguió que un 8,41% del total de consultas fueran consultas no presenciales (hubo en total 3138 consultas y de ellas 264 fueron consultas no presenciales) y en enfermería un 9,77% de las consultas fueron no presenciales (hubo 1258 consultas, de las cuales 123 fueron CNP)

Los resultados del segundo trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 18 Julio de 2018. En medicina el 14,58% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3496 consultas, de las cuales 510 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,89% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuales 209 fueron CNP). En total en el primer semestre de 2018 se consiguieron los siguientes resultados; en medicina el 11,66% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 6634 consultas, de las cuales 774 fueron CNP) y en enfermería el 11,53% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 2879 consultas, de las cuales 332 fueron CNP).

Los resultados del tercer trimestre se presentaron en una reunión que se realizó el 22 octubre de 2018. En medicina el 11,62% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3844 consultas, de las cuales 447 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 8,08% (hubo un total de 1621 consultas, de las cuales 131 fueron CNP). En total, en los primeros nueve meses de 2018 se consiguieron los siguientes resultados; en medicina el 11,65% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 10478 consultas, de las cuales 1221 fueron CNP) y en enfermería el 11,84% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3910 consultas, de las cuales 463 fueron CNP).

Los resultados del cuarto trimestre se presentaron en una reunión que se celebró el 18 de febrero de 2019, donde se presentaron también los resultados finales. En el cuarto trimestre, en medicina el 12,70% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 3590 consultas, de las cuales 456 fueron CNP), mientras que en enfermería se alcanzaron unos resultados de 12,56% (hubo un total de 1807 consultas, de las cuales 227 fueron CNP).

Como conclusión en el año 2018; en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuales 1677 fueron CNP) y en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717 consultas, de las cuales 690 fueron CNP)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría): en medicina el 11,92% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 14068 consultas, de las cuales 1677 fueron CNP)

10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería): en enfermería el 12,06% de las consultas fueron CNP (hubo un total de 5717

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

consultas, de las cuales 690 fueron CNP).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este tipo de consulta ha tenido una buena acogida tanto por los profesionales sanitarios, como por parte de los pacientes, consiguiendo resultados muy óptimos y alcanzando el objetivo mínimo establecido en nuestro acuerdo de gestión clínica.

7. OBSERVACIONES.

Es memoria final

*** ===== Resumen del proyecto 2018/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

Autores:

GARCIA ROBRES MARIA CONCEPCION, APARICIO ROS EUSEBIO, GRANADA GARCIA PASCUAL, CUCALON LAFUENTE MARCELINO, SANJUAN DOMINGO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: cnp
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Uno de los objetivos estratégicos de nuestra área de salud es la ampliación del uso por parte de los usuarios y de los profesionales de métodos alternativos de consulta presencial que facilite la accesibilidad al paciente. Las consultas no presenciales (CNP) son todas aquellas visitas que se usan para resolver demandas administrativas o asistenciales, que se realizan sin que el paciente se desplace hasta la consulta y en muchas ocasiones, al centro de salud. Pueden ser originadas por el usuario o cualquier miembro del equipo de salud y resueltas por el médico, la enfermera o el administrativo, utilizando como canal de comunicación el teléfono, la correspondencia, el correo electrónico o el SMS.

Hay tres tipos de CNP en función del tipo de demanda que resuelven, que son las siguientes:

- Un primer grupo son todas aquellas visitas para entregar resultados de analíticas y pruebas complementarias.
- Un segundo grupo serían las visitas asistenciales de pacientes con patología crónica que habitualmente siguen protocolos y programas de salud. Si ofrecemos información y formación al paciente sobre los objetivos de su problema de salud y lo responsabilizamos, algunas de esas visitas de control pueden hacerse por teléfono. En el seguimiento de una patología aguda, puede ser útil programar al cabo de unos días un contacto telefónico para valorar la evolución. Después de una visita a otro especialista, un ingreso o una atención en un servicio de urgencias, en ocasiones, una consulta no presencial será suficiente como primer contacto.
- El tercer grupo serían las visitas administrativas que deben estar dirigidas al personal de administración para que las gestionen y resuelvan con o sin ayuda del personal sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.
- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

MÉTODO

- Implementar la consulta no presencial en el EAP, para todos los profesionales y usuarios.
- Mejorar la calidad de asistencia a los pacientes
- Mejora la accesibilidad de los pacientes en activo
- El equipo de AP puede disponer de más tiempo para las consultas presenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0539

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL EN CENTRO SALUD CANTAVIEJA

- Las CNP suponen, tanto para el paciente como para el equipo de salud, una optimización de recursos y una mejora en la gestión del tiempo (el paciente lo ahorra y los profesionales lo distribuyen mejor)

INDICADORES

5% de consultas no presenciales en medicina (% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría)

10% de consultas no presenciales en enfermería (% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería)

DURACIÓN

Difusión e información del proyecto al equipo de EAP: primer trimestre 2018

Creación del circuito de demanda no presencial: primer trimestre 2018

Reuniones trimestrales con el equipo de EAP para analizar los resultados obtenidos hasta ese momento y planteamiento/ejecución de acciones de mejora .

Análisis de los indicadores y elaboración de la memoria: enero 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0590

1. TÍTULO

RCP BÁSICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LUCIA DEL PILAR MENDAÑA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CANTAVIEJA
· Localidad CANTAVIEJA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCO LOSTAL CARMEN
JARQUE MATEO AMPARO
EDO MALLÉN JOSE MANUEL
PAULO FUERTES ROSARIO
MONFORT GASCON NOELIA
VALLE LOBATON JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL PROYECTO ESTA DESTINADO A TODA LA POBLACION QUE DESEEN PARA ESTAR CAPACITADOS ANTE CASOS DE PARADA CARDIORESPIRATORIA. PENSAMOS QUE ES IMPORTANTE LA REALIZACION DE ESTE TALLER PARA ENSEÑAR A LA POBLACION A COMO ACTUAR ANTE UNA PCR, PUESTO A QUE EL PAC DE VILLARLUENGO ESTA AMAS DE 30 MINUTOS DEL CS DE CANTAVIEJA Y EL MEDICO DE LA PLAZA COMO EL MAC QUE LO ATIENDE EN HORAS DE ATENCION CONTINUADA SE ENCUENTRE EN OTRA LOCALIDAD DEL MISMO PASANDO CONSULTA O ATENDIENDO UNA URGENCIA O ESTAR INCOMUNICADOS POR LA NIEVE RETRASANDO LA LLEGADA DEL SANITARIO AL LUGAR DONDE SE HA PRODUCIDO LA PCR. LA UVI MOVIL MAS CERCANA DSE ENCUENTRA UNA HORA Y MEDIA DE TIEMPO Y A UNA DISTANCIA DE 85 KM. SE REALIZA EL PROYECTO EN LA POBLACION DE VILLARLUENGO (PERTENECIENTE AL C.S DE CANTAVIEJA, CON LA POBLACION QUE DESEO ACUDIR A APRENDER COMO REALIZAR UNA RCP BASICA. APROVECHANDO SU PRESENCIA REALIZAMOS TAMBIEN UN REPASO DE PRIMEROS AUXILIOS (ATRAGANTAMIENTO, HERIDAS, QUEMADURAS,). PREVIO A LA PRESENTACION DEL MISMO SE SE REALIZA BUSQUEDA DE INFORMACION Y SE PREPARA POWERPOINT Y PREGUNTAS TIPO TEST (10 PREGUNTAS CON 4 RESPUESTAS CADA UNA SIENDO SOLO UNA DE ELLAS CIERTAS) PARA HACERLAS ANTES DE LA PRESENTACION Y UN TIEMPO DESPUES DE LA MISMA (UN MES). EL EQUIPO ENCARGADO DE ESTE PROYECTO SE REUNE EN VARIAS PARA OCASIONES ANTES Y DESPUES DE RECABAR BUSQUEDA Y PREPARACION DEL MISMO. CON ESTE PROYECTO SE PRETENDE CONCIENCIAR A LA POBLACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ACTUACION TEMPRANA ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA Y ENSEÑAR A REALIZAR COMPRESIONES TORACICAS EFECTIVAS DESDE EL MOMENTO QUE SE PRODUCE LA PARADA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

METODO

LAS ACTIVIDADES A REALIZAR SON:

1- ELABORACION DE UN PROYECTO EN EL QUE QUEDE REFLEJADO LA ATENCION COMUNITARIA QUE SE VA A REALIZAR. Y ELABORACION DE UN TEST DE 10 PREGUNTAS CON 4 RESPUESTAS POSIBLES PERO CON UNA UNICA RESPUESTA CIERTA QUE NOS SERVIRA PARA LA EVALUACION DE LA ACTIVIDAD.
2- CONCRETAR FECHA DE REALIZACION CON LA POBLACION A LA CUAL VA DIRIGIDA.
3- EVALUACION DE LA ACTIVIDAD CUANDO HAYA PASADO UN TIEMPO DE LA REALIZACION DE LA MISMA Y PREGUNTAR A LA POBLACION ASISTENTE (MEDIANTE REALIZACION DE 10 PREGUNTAS) QUE HACER ANTE UNA PARADA CARDIORESPIRATORIA. EL TALLER CONSISTIRA EN UNA PARTE TEORICA SOBRE LA IMPORTANCIA DE LA RCP DESDE EL MOMENTO EN QUE SE VISUALIZA LA PARADA HASTA LA LLEGADA DE LOS SANITARIOS QUE INCLUIRA UN POWERPOINT, Y UNA PARTE PRACTICA CON MUÑECOS PARA ENSEÑAR A REALIZAR LAS COMPRESIONES TORACICAS YA COMO ACTUAR ANTE UN ATRAGANTAMIENTO PARCIAL O COMPLETO Y LA REALIZACION DE LA POSICION LATERAL DE SEGURIDAD.

INDICADORES

CON LOS DATOS OBTENIDOS SE PODRAN SACAR CONCLUSIONES Y CUESTIONAR SI SE CONTINUA O NO CON LA ACTIVIDAD, YA QUE EL PLANTEAMIENTO INICIAL DEL PROYECTO ES QUE TENGA CONTINUIDAD EN EL TIEMPO Y QUE SE EXTIENDA A OTROS PUEBLOS PERTENECIENTES AL CS DE CANTAVIEJA.

DURACION 3º TRIMESTRE DEL AÑO (DICIEMBRE DE 2019.

RESULTADOS ESPERADOS

CONCIENCIAR A LA POBLACION SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ACTUACION TEMPRANA ANTE UN CASO DE PARADA CARDIORESPIRATORIA Y ENSEÑAR A LA REALIZACION DE COMPRESIONES EFECTIVAS DESDE EL MOMENTO EN QUE SE PRODUCE ESTA.

RESULTADOS ALCANZADOS

ACUDEN A LA ACTIVIDAD 15 PERSONAS CON UNA EDAD COMPRENDIDA ENTRE 30 Y 65 AÑOS.

EN LOS TEST REALIZADOS EL DIA DE LA REALIZACION DE LA ACTIVIDAD COMPARADOS CON LOS REALIZADOS UN MES DESPUES DE LA MISMA HAN MEJORADO CONSIDERABLEMENTE.

LOS RESULTADOS DE TEST REALIZADOS PREVIAMENTE A LA REALIZACION DEL TALLER:

- UNA PERSONA HA RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 5 PREGUNTAS.
- CUATRO PERSONAS HAN RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 6 PREGUNTAS .
- TRES HAN RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 7 PREGUNTAS .
- TRES HAN RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 8 PREGUNTAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0590

1. TÍTULO

RCP BÁSICA

- TRES HAN RESPONDIDO A 9 PREGUNTAS.
- UNO HA RESPONDIDO CORRECTAMENTE A 10 PREGUNTA.
- LOS RESULTADOS DE LOS TEST REALIZADOS AL MES DE REALIZACION DE LA ACTIVIDAD
- DOS PERSONAS HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE A 10 PREGUNTAS.
- SEIS PERSONAS HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE A 9.
- CUATRO HAN CONTESTADO CORRECTAMENTE A 8 PREGUNTAS.
- UNA HA CONTESTADO CORRECTAMENTE A 6 A PREGUNTAS.
- UNA PERSONA HA RESPONDIDO A 5 PREGUNTAS.
- UNA PERSONA NO LO HA REALIZADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
0560

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/590 ===== ***

Nº de registro: 0590

Título
RCP BASICA EN ADULTOS Y MANEJO DE DEXA

Autores:
MENDAÑA PEREZ LUCIA DEL PILAR, VALLE LOBATON JUAN MANUEL, MARCO LOSTAL CARMEN, PAULO FUERTES ROSANA, EDO MALLEN JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CANTAVIEJA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sistema cardiorrespiratorio
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Manejo de RCP básica Y utilización DEXA.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La población perteneciente a este CS al encontrarse en un ambito rural aislado y alejado de centros hospitalarios y siendo la comunicación entre las distintas poblaciones y sus puntos de Atención primaria y de Atención continuada de difícil cobertura (carreteras, climatología.....) solicitan un curso básico sobre RCP y utilización de DEXA

RESULTADOS ESPERADOS
Aprendizaje de normas básicas sobre RCP y utilización de DEXA. Adultos mayores de 12 años.

MÉTODO
Enseñar las nociones básicas sobre RCP y utilización de DEXA mediante medios audiovisuales y práctica con muñecos en grupos reducidos.

INDICADORES
Cuestionarion previo y posterior a la realización de la actividad.

DURACIÓN
A partir de sptiembre de 2019.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0590

1. TÍTULO RCP BÁSICA

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1438

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BELEN MORENO COLAS
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALVADOR FRAN MARTA
FERRER LOREN JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión informativa al equipo sobre la mejora del registro en OMI de los diagnósticos.
Reajuste de las agendas de medicina de familia, pediatría y enfermería para incluir en ella huecos para la demanda no presencial.
Puesta en marcha de la demanda presencial para aquellas consultas en las que pueda ser válida y adecuada esta visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Dar forma a la consulta no presencial en la agenda que antes se hacía pero sin que constara su presencia de la misma, consiguiendo que entre un 8-10% de las visitas sean no presenciales. Queda por demostrar que esa consulta no presencial vaya acompañada de una disminución de la consulta de demanda y mejora de los indicadores de eficiencia de las visitas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El formato de consulta no presencial puede tener gran validez en la agenda diaria de atención primaria si va acompañado de una disminución de las consultas presenciales y a su vez en la mejora de la eficiencia de las visitas, aspecto que está aún por confirmarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1438 ===== ***

Nº de registro: 1438

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Autores:
MORENO COLAS BELEN, SALVADOR FRAN MARTA, FERRER LOREN JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Variadas
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los outputs del centro de salud de Caspe hemos encontrado un problema en el indicador de eficiencia de las visitas ajustado por ACGs. Las causas pueden relacionarse con el peso medio en ACGs de nuestro centro de salud, que podría aumentar mejorando el registro diagnóstico, con la revisión de los criterios de atención programada a pacientes crónicos y con la gestión de las consultas telefónicas de los pacientes que interrumpen la consulta y no son registradas

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar el indicador de eficiencia en las visitas ajustado por ACGs

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1438

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DE LAS VISITAS

Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Caspe

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
- Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
- Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
- Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría

% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería

DURACIÓN

- Mayo-Junio: sesiones clínicas
- Mayo: adaptación de agendas
- Revisión periódica de indicadores
- Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0079

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALONGE VERGARA MARIA ISABEL
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
COSTA MONTAÑES ROSA MARIA
FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Revisión de la bibliografía existente por el equipo de mejora.

Definir el contenido del maletín para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.

Se pone en conocimiento del equipo de Atención Primaria, la existencia, contenido del maletín y su mantenimiento; que sigue el esquema básico del procedimiento de carros y maletines de la norma ISO 9001.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se dispone de un maletín para el manejo de las intoxicaciones agudas, con el teléfono Nacional de toxicología y el de la Unidad de toxicología del Hospital Clínico de Zaragoza.

Se deja una copia de los protocolos consultados en el box de urgencias:

1. Manejo general de las intoxicaciones agudas. Protocolo clínico de la Ribera. Realizado en 2014 y revisado en 2016.
2. Protocolo de actuación ante intoxicaciones agudas de la Agencia Valenciana de Salud. Año 2008.
3. Pautas de actuación en urgencias en el centro de salud rural. Organización Médica Colegial.
4. Se informa de la documentación existente para consulta en la Página Web www.murciasalud.es/toxiconet.
5. Se comenta la aplicación APP antídotos para una consulta rápida desde el móvil. Está avalada por la SESCAM y H. General Universitario de Ciudad Real.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor pronóstico.

Esta es una acción preventiva para evitar modos de fallo futuros en nuestro centro. El disponer de un maletín de atención a las intoxicaciones agudas mejora de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio, ya que se agiliza la intervención porque no se debe preparar nada en el momento de la urgencia, y se evitan olvidos de material.

7. OBSERVACIONES.

No se ha hecho un protocolo concreto, se ha realizado consulta de varios protocolos ya existentes y se han puesto en conocimiento del personal del centro.

Se han programado en el plan de formación del primer trimestre de 2018 sesiones sobre las intoxicaciones más frecuentes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/79 ===== ***

Nº de registro: 0079

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0079

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO BASICO DE ATENCION A LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN EL MEDIO EXTRAHOSPITALARIO Y LA CREACION DE UN MALETIN DE URGENCIAS PARA TAL FIN

CEBRIAN FRANCO MILAGROS, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, FRANCIN POBLADOR ANA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
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

Surge la necesidad de elaboración tras la atención sanitaria de numerosos casos de intentos autolíticos e intoxicaciones agudas en el área del C.S. Caspe.
El centro de salud de Caspe-Chiprana está en el sistema de calidad ISO 9001, con certificación en 2011, recertificación en 2014 y auditorias internas anuales.
En la actualidad no se dispone de ningún maletín específico para el tratamiento agudo de este tipo de patologías, lo que implica demora y posibles olvidos a la hora de preparar el material necesario para asistir estas urgencias, sobre todo si la asistencia se realiza en domicilio.
El manejo de la intoxicación aguda implica una actuación tiempo dependiente, pues el objetivo principal es impedir la acción del tóxico sobre el organismo y evitar más daños de los presentados por el paciente. Cuanto más precoz sea nuestra intervención mejor pronóstico.
Si disponemos de un protocolo básico y maletín de atención a las intoxicaciones agudas mejoraremos de forma eficiente nuestra atención tanto en el C. Salud como en el domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

Elaboración de un protocolo básico de atención a las intoxicaciones agudas en el medio extrahospitalario.
Disponer de un maletín para intoxicaciones agudas para uso común de todo el equipo de atención primaria.
Asegurar la disponibilidad permanente de todos los contenidos del maletín.
Disminuir el tiempo de atención en este tipo de intervenciones y evitar olvidos de material.
Facilitar el protocolo para su posible incorporación a los procedimientos del Sistema de Calidad ISO de equipos de Atención Primaria del sector de Alcañiz.

MÉTODO

Revisión de la bibliografía existente por el equipo de mejora.
Definir el contenido del maletín para intoxicaciones agudas en Atención Primaria.
Sesión para poner en conocimiento del equipo de atención primaria el protocolo, la existencia y contenido del maletín y su mantenimiento.

INDICADORES

Disponer de un maletín para el manejo de intoxicaciones agudas.
Registro de incidencias sobre atenciones en casos de intoxicación aguda por parte del equipo.

DURACIÓN

1. Revisión bibliográfica: enero 2017
2. Reuniones de trabajo: febrero 2017
4. Puesta en marcha del procedimiento y sus indicadores de evaluación: marzo 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 - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BUISAN CAROLINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se ha realizado un MAPA a 15 pacientes del mi cupo. Es un cupo con una media de 1760 pacientes de los cuales 354 están incluidos en el programa de crónicos de hipertensión arterial, es decir se ha realizado el MAPA a un 4,2% de los paciente hipertensos del cupo
Para realizar el proyecto he usado un MAPA que tengo en consulta, realizando el MAPA a aquellos pacientes que tenia duda sobre mi eran hipertensos en el diagnóstico incial del proceso bien mediante despistaje en consultas de enfermería o tras la realización de un AMPA en domicilio cuyas cifras no eran concluyentes. También se ha realizado MAPA en pacientes con diagnóstico de HTA y tratameinto de la misma, en los cuales los controles de TA en la consulta de enfermería o mediante AMPA eran dudosos
Los pacientes eran citados a las 8:00 de la mañana el día de la colocación del MAPA reservadon 15 minutos para colocar y explicar el proceso y al día siguiente a las 8:00 de la mañana se retiraba y leia el MAPA reservando en este caso 25 minutos para poder retirar, descargar los datos, explicar los resultados al paciente y realizando las modificaciones terapéuticas oportunas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los MAPAS realizandos a los pacientes se observó que un 20% no eran hipertensos, un 20% eran hipertensos con patrón dipper, un 15 % eran hipertensos con patrón non dipper, 10 % eran hipertensos con patrón risser. y un 65 % tenian cifras de tensión arterial dentro de valores normales

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL uso del MAPA en atención primaria es una herramienta necesaria tanto en el diagnóstico como en el control de los pacientes hipertensos y que además evita derivaciones innecarias al servicio de nefrología para realizarlas. Incluso hay guías como la NICE en las que aconsejan la realización de un MAPA a todos los pacientes antes de diagnosticarlos de HRA

7. OBSERVACIONES.

Como todo prueba requiere tiempo para poder hacerse en las consultas de AP, por lo que se debería intentar disminuir la masificación de los cupos para poder disponer de espacio en las agendas

*** ===== Resumen del proyecto 2016/184 ===== ***

Nº de registro: 0184

Título
UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, ABADIA BUISAN CAROLINA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnosticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

MÉTODO

Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).

Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

INDICADORES

% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

DURACIÓN

Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaría un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

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 - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ABADIA BUISAN CAROLINA
VALLEJO GERMOSEN LORENZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de un MAPA a aquellos pacientes que creaban dudas respecto al diagnóstico de HTA según las cifras registradas en la consulta.
Realización de MAPA en aquellos pacientes en tt antihipertensivo y con mal control del mismo según las cifras de consulta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras la realización de MAPA a 36 pacientes se consulta, se pudo comprobar el elevado porcentaje de HTA de bata blanca, diagnosticar pacientes que presentaban un patrón no dipper y pacientes con HTA no controlada para poder modificar el tratamiento antihipertensivo y ajustar sus cifras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El uso del MAPA es una herramienta muy útil en el diagnóstico y manejo de HTA en AP, debiendo potenciar su uso por parte de las direcciones médicas respectivas y no dejando su uso casi exclusivamente para la atención especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/184 ===== ***

Nº de registro: 0184

Título
UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, ABADIA BUISAN CAROLINA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En un cupo de 1600 pacientes hay 300 pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, haciendo el diagnóstico y seguimiento del mismo con los controles rutinarios de TA que se realizan en la consulta siendo en la mayoría de los casos el resultado satisfactorio. Hay diagnósticos de HTA enmascarada, HTA de bata blanca, HTA descontrolada que puede ser mal diagnosticados al obtener sólo de la TA en la consulta.
El MAPA (monitoreo ambulatoria de la presión arterial) también llamado holter de tensión arterial es un método técnico no invasivo que pretende obtener una medición de la presión arterial durante un periodo de tiempo determinado, generalmente 24 horas, de forma ambulatoria (fuera de la consulta u hospital), de tal forma que los datos de tensión arterial recogidos puedan ser posteriormente analizados por su médico y ayudar a diagnosticar correctamente a los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0184

1. TÍTULO

UTILIDAD DEL MAPA EN UNA CONSULTA DE ATENCION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnosticar con más seguridad de hipertensos a aquellos pacientes con dudas sobre su diagnostico. Obtener un control óptimo de la tensión arterial al obtener una monitorización de 24h de la tensión arterial.

MÉTODO

Realizar un MAPA en los pacientes en que el cribado de HTA en la consulta ofrezca dudas, en los que las cifras de AMPA sean discordantes con los controles en consulta y en aquellos pacientes en tratamiento que no se consigue un control óptimo de sus cifras tensionales (guía nice HTA 2011, guía Europea de HTA 2013).

Tanto el médico como la DUE de la consulta seleccionaran a los pacientes que sean susceptibles de realizarles un MAPA y serán citados para realizarlo.

INDICADORES

% de pacientes evaluados con diagnóstico de HTA de bata blanca
% de pacientes con patrón no dipper

DURACIÓN

Se iniciaría a mediados de octubre de 2016 hasta mayo de 2017, puesto que el inicio del calor puede ser molesto para el paciente de cara a llevar el manguito de tensión colocado.
Se programaría un MAPA a la semana ajustándolo en el horario de consultas programadas.

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 - 2016/1135

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL CALONGE VERGARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
PIÑOL FORCADELL PILAR
GIL GARCIA MONTSERRAT
MORENO BERRUEZO SUSANA
CEBRIAN FRANCO MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesiones formativas por parte de la unidad de tabaquismo del servicio de neurología del hospital de Alcañiz.
Detección del consumo de tabaco por parte de los profesionales de AC aprovechando la visita del paciente joven a la AC así como la realización de una intervención breve a los pacientes fumadores.
Aumento de las intervenciones sobre el tabaco en las consultas de demanda

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aumento del 3,3% en las intervenciones realizadas sobre los pacientes fumadores.
La detección de pacientes fumadores no ha experimentado el incremento esperado tras los objetivos planteados y la implicación del personal de atención continuada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es un proyecto que no ha dado los frutos esperados y hay que seguir insistiendo tanto en la detección de fumadores como en la intervención sobre ellos de cara a subir ambos índices que todavía son inferiores a lo esperado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1135 ===== ***

Nº de registro: 1135

Título
IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, PIÑOL FORCADELL PILAR, GIL GARCIA MONTSERRAT, MORENO BERRUEZO SUSANA, CEBRIAN FRANCO MILAGROS, RELANCIO PASCUAL PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Reiteradamente nuestro centro de salud suele obtener resultados por debajo de los estándares del SALUD en los indicadores relacionados con el tabaquismo:

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco.

Creemos que la causa es falta de sensibilización del personal y falta de confianza en el consejo antitabaco. Además está el hecho de que la población fumadora suele ser joven y varones que hacen más uso de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1135

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL TABAQUISMO

servicios de atención continuada que de la consulta ordinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incrementar la cobertura de atención al tabaquismo
- Incrementar la implementación del consejo antitabaco
- Reducir la prevalencia de tabaquismo

MÉTODO

- Elaboración de un procedimiento de intervención en tabaquismo
- Sesiones formativas
 - Implicación de los profesionales de atención continuada en la detección e intervención breve.

INDICADORES

- % de pacientes fumadores con registro de tabaquismo en el año anterior en los que se ha realizado la intervención sobre el tabaco
- % de personas mayores de 15 años a quienes se ha preguntado por el consumo de tabaco

DURACIÓN

- Marzo-Abril: Elaboración del procedimiento
Mayo: Difusión del procedimiento
Junio-Diciembre: Monitorización de indicadores

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 03/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA COSTA MONTAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUIZ MUNIESA ROSARIO
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
VALLEJO GERMOSEN LORENZA
MORALES EMPERADOR JESUS
ANDREU ARASCO LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

· Gestión de indicadores: El coordinador del centro ha mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. El año pasado se alcanzó el estándar.

Tras las revisiones cuatrimestrales se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:

Planes de cuidados en EPOC. Actividades de rehabilitación respiratoria

Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes.

Sesión sobre índice tobillo brazo

Sesión sobre tabaquismo

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores del contrato de gestión y los indicadores de diabetes muestran una estabilización respecto al año anterior.

En cuanto a indicadores del sector en espirometrías realizadas a fumadores entre 40 y 80 años en los últimos 5 años hemos mejorado un 5% en 2017 alcanzando el 21%, por encima del estándar mínimo solicitado por el sector, en cuanto a realización de ITB en pacientes diabéticos entre 50 y 80 años hemos alcanzado el objetivo del sector con un 32%, lo mismo que en el % de mujeres entre 29 y 65 años que consta el registro de citología vaginal en los últimos 5 años donde se ha sobrepasado ampliamente el objetivo del sector alcanzando en su primer año un 53%.

En indicadores de farmacia, los objetivos de prescripción de antibióticos en pediatría se ha mejorado el indicador de faringoamigdalitis estreptocócica en un 18% (79,19%) mientras que en el caso de otitis media se ha mejorado un 6% (89,52) mejorando en todos los indicadores.

No se dispone de los indicadores de eficiencia ajustados por ACGs.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Sin incidentes relevantes en 2017.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. Se ha creado un maletín específico para intoxicaciones en 2017.

- Gestión de incidencias: las más repetidas han sido averías repetidas del ascensor (ya solucionadas) y una avería en OMI-AP durante una guardia en la que se produjo la atención a un paciente que no recordaba a qué fármaco era alérgico, lo que pudo tener consecuencias.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas
9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 04/07/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados en un centro que tradicionalmente había tenido muy malos resultados en satisfacción.
10. Auditoria interna: 07/07/17. Se destaca el tratamiento de las reclamaciones y el buen control de los materiales en el centro, así como el registro informatizado de las incidencias. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:
- Se evidenció que la recogida de residuos se realizaba cada 3 meses, lo que en un centro grande produce acumulación. Se solicitó a dirección aumentar la frecuencia
- Se evidenció que algunos links del manual de acogida estaban obsoletos: renovación del manual de acogida
11. Seguridad. El centro participa en el registro SINASP. Se ha realizado sesión clínica sobre interpretación de Rx de tórax, dado que siguen sin informarse desde el servicio de radiología. También se han realizado 3 sesiones formativas reanimación cardiopulmonar básica y avanzada además de una sesión sobre intoxicaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque han cambiado un número significativo de profesionales en el centro, la sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Sin embargo, parece haberse resentido la gestión por objetivos, es necesario retomar el liderazgo de la etapa anterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1344 ===== ***

Nº de registro: 1344

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, COSTA MONTAÑES ROSA MARIA, RUIZ MUNIESA ROSARIO, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, MORALES EMPERADOR JESUS, ANDREU ARASCO LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El CS Caspe está certificado desde el año 2011 con norma ISO 9001:2008. En el proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. El reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Y este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros CS, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
* Gestión de indicadores médicos: El coordinador del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado, tenemos ahora las siguientes acciones de mejora pendientes:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

- o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios. Revisión del registro de los indicadores que permanecen
- o Indicadores programa de diabetes
- o Indicadores de Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector Alcañiz. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
- o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los 5 últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
- o Eficiencia en derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual. Revisión de los motivos de derivación más frecuentes a las especialidades más demandadas. Implantación de la realización de citologías/VPH en la consulta de matrona del CS
- o Incremento del peso medio en ACGs del CS mejorando el registro de los diagnósticos en OMI.
- * Gestión de indicadores en enfermería: La coordinadora de enfermería del CS mostrará cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Registro en acta de cada reunión. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes:
 - o Tabaquismo: Sesión sobre el procedimiento de atención al tabaquismo en el sector de Alcañiz con Marta Alquezar que explicará el procedimiento de atención al tabaquismo del sector. Inclusión en la evaluación individual de MAC y EAC de los indicadores de tabaquismo,
 - o Planes personales de enfermería: EPOC y registro en diabetes. Revisión del registro de los planes personales de enfermería
 - o Doppler, espirometría: seguimiento de la implantación de las mencionadas pruebas funcionales
 - o Indicadores nuevos y cuadro de mando en diabetes
 - Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
 - Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
 - Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.
 - Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
 - Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
 - Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del CS, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
 - Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
 - Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
 - Una vez al año somos auditados por un auditor del SALUD, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
 - Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1344

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

DURACIÓN

- * Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
- * Mayo: revisión por la dirección
- * Junio-Septiembre: auditoría interna
- * Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA RELANCIO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
ISTRATE RAMONA RALUCA
BELLES PALLARES LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado talleres de una hora de duración. Con una parte teórica guiada por una presentación, y otra parte práctica, ésta de mayor duración, en la que se ha trabajado con maniqués especiales y los propios alumnos entre ellos.

Los conocimientos enseñados han sido:

- Paciente inconsciente, cómo identificarlo y qué hacer al respecto, pedir ayuda. Teléfonos importantes, 061 y 112.
- Posición lateral de seguridad.
- Maniobras de RCP básica, eficaces, ordenadas, postura y fuerza adecuada, agotamiento que éstas producen.
- Obstrucción de la vía aérea, cuándo dejar toser, cuándo golpes interescapulares y maniobra de Heimlich.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la charla con los alumnos y profesores, en las preguntas orales que se les realizan y en la observación de la realización de la práctica, se valora por nuestra parte y por la de ellos un aumento en los conocimientos que tenían previamente y una mejora en las habilidades de las maniobras enseñadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En los centros de educación primaria de la localidad no existe de forma reglada formación en primeros auxilios para los alumnos, creemos sería interesante hacerlo de forma habitual. Se elige el curso de 6º de primaria porque los profesores tienen el tema incluido en su temario, y además, pensamos los niños están con una gran capacidad de aprendizaje, curiosidad y motivación. La PCR es un problema que implica a todos los colectivos. Reconocerla y saber actuar es fundamental. Estudios demuestran que una RCP básica de calidad y precoz aumenta de manera eficaz la supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/933 ===== ***

Nº de registro: 0933

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Autores:
RELANCIO PASCUAL PATRICIA, GUIU CAMPOS MIGUEL, ISTRATE RAMONA RALUCA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente inconsciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

MÉTODO

Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocimientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniqués, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

INDICADORES

Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla.

También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

DURACIÓN

Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de forma anual en cada colegio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA RELANCIO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUIU CAMPOS MIGUEL
ISTRATE RAMONA RALUCA
BELLES PALLARES LUCIA
ROMERO SEGURA ANDREA
PASCUAL GAVIN MARIA CARMEN
BLASCO CASORRAN MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el curso 2018-19, surgió una propuesta desde diversos sectores de la localidad, para hacer unas jornadas de una semana de duración, a las que se denominaría: Semana de la seguridad y prevención en los colegios. Así, en abril de 2019 se lleva acabo esta actividad, con participación de Policía local, Guardia Civil, bomberos y personal sanitario del centro de salud. Cada colectivo realiza su charla sobre el tema. Nosotros aprovechamos estas jornadas para continuar nuestro proyecto.

Se realiza a los alumnos de 5º de primaria de los tres colegios de la localidad.

Nos centramos en:

- Reconocimiento del paciente inconsciente. PLS.
- Reconocimiento de la parada cardíaca y actuación correcta, maniobras de RCP básica.
- Conocimiento de los teléfonos de emergencias 061 y 112.
- Actuación ante la obstrucción de la vía aérea.
- Diferenciar entre lactante, niño y adulto.

Han sido charlas de una hora de duración. Una parte teórica, apoyada con la proyección de una presentación y otra parte teórica, de mayor duración, en la que se han utilizado muñecos especiales, prestados desde el sector de Alcañiz, y los propios alumnos entre ellos. Han tenido lugar en cada colegio, donde nos han proporcionado aulas con todo lo necesario para desarrollar la actividad.

Dos semanas antes se les entrega a los alumnos un test con 6 preguntas básicas, de respuesta verdadero/falso. Dos semanas después de la charla lo vuelven a realizar.

Asimismo se les entrega tanto a alumnos como a profesores una encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total alumnos del curso 5º de primaria de los 3 colegios es de 95. En la encuesta tipo test de conocimientos, con 6 preguntas de respuesta verdadero/falso, que se les entregó con anterioridad y que realizaron 90 niños, el resultado fue:

- 21 niños (23%) tienen 2 fallos.
- 30 _____ (33%) _____ 3 _____
- 24 _____ (27%) _____ 4 _____
- 15 _____ (17%) _____ 5 _____

Concluyendo que el 77% tienen 3 o más errores. No teniendo el 50% de los conocimientos que se les pide.

Dos semanas después de la charla vuelven a realizar el mismo test, con el siguiente resultado:

- 20 niños (22%) tienen 0 fallos
- 38 _____ (42%) _____ 1 _____
- 28 _____ (31%) _____ 2 _____
- 4 _____ (4%) _____ 3 _____

El 100% tienen el 50% de las preguntas bien contestadas, por lo que se concluye que sus conocimientos sobre el tema se han aclarado y han aumentado.

En la encuesta de satisfacción, con una escala likert de 5 ítems, el 100% entre alumnos y profesores proporciona la máxima puntuación, valorando así la actividad como muy satisfactoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad resulta muy beneficiosa y positiva. Con conocimientos muy básicos pero que son muy importantes y de gran utilidad para tod@s. La propuesta es que se realice una vez al año, dentro del periodo escolar, a los alumnos que vayan cursando 5º de educación primaria, y así mantener su continuidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/933 ===== ***

Nº de registro: 0933

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0933

1. TÍTULO

FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Título
FORMACION EN PRIMEROS AUXILIOS EN EDUCACION PRIMARIA

Autores:
RELANCIO PASCUAL PATRICIA, GUIU CAMPOS MIGUEL, ISTRATE RAMONA RALUCA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los centros de educación primaria no existe de forma reglada formación en materia de primeros auxilios para los niños, por ello el profesorado del centro nos solicita formación para los alumnos de 6º de primaria en este tema. Desde el centro de salud consideramos que es primordial que éstos conozcan cómo realizar maniobras básicas de RCP, saber cómo actuar ante un atragantamiento, cómo y a quién avisar.

RESULTADOS ESPERADOS
Que los niños de 6º primaria conozcan el protocolo de actuación ante un paciente inconsciente, sepan como actuar ante un atragantamiento, y adquieran habilidad para realizar las maniobras básicas de RCP.

MÉTODO
Se realizan sesiones de una hora de duración con el alumnado. Previamente se valoran los conocimientos que tienen los niños, se continúa con una breve formación teórica seguida de una parte práctica con maniqués, para terminar con un conciso resumen de lo explicado y resolución de las dudas que puedan haberles surgido.

INDICADORES
Al finalizar la sesión de formación se comparan los conocimientos adquiridos respecto a los que tenían antes de realizarla. También se hace un coloquio con los profesores para que valoren lo aprendido por los niños.

DURACIÓN
Las sesiones tendrán una hora de duración y se prevee realizarlas de forma anual en cada colegio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1400

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE LUCIA BELLES PALLARES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA MORENO MERCEDES
ABADIA BUISAN CAROLINA
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
ROCA BERENGUER MARGARITA
GODINO MOYA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A primeros de año se nos presenta el programa Paciente Crónico Complejo en OMI-AP ya funcionando en otros sectores de la Comunidad Autónoma de Aragón (sesión única de una hora, ofertada por profesionales del hospital de Alcañiz 6ª planta Unidad PCC). La implementación fue aceptada por nuestro equipo multidisciplinar de C.S. Caspe pero a la hora de empezar a captar y trabajar con estos pacientes empezaba la fecha donde muchos temporeros acuden a este municipio a trabajar y el número de pacientes por cupo se desborda, era muy difícil trabajar con tanto volumen de gente inmigrante con otro idioma y cultura (requieren mucho tiempo de atención) por lo que nuestro equipo de profesionales fue dejando el programa del PCC para después del verano.

Empezamos poniendo de dos a tres pacientes por cupo, eligiendo a los que pensábamos que hacían más ingresos (GMA>99) los incluimos en el programa previa información oral y escrita (folleto de explicación adherido al programa) y realizábamos una valoración integral inicial tanto en consulta como en domicilio pero después de rellenar en OMI-AP todos los cuestionarios no sabíamos cada cuánto y cómo tener más contacto con la unidad hospitalaria del crónico complejo. Después de muchas dudas de todo el equipo, decidimos tres enfermeras de nuestro centro apuntarnos al curso que ofertaba el hospital de Alcañiz 5 y 6 de Noviembre. Tras su finalización salimos muy contentas, parecía que habíamos entendido un poco más (nuestras ganas de seguir con el PCC era más positivas).

Al llegar al centro y tras una de las sesiones organizadas cada lunes, se decide que vuelvan a dar otra sesión del PCC en nuestro centro de salud.

Tras esta sesión del 26 de noviembre parece todas las dudas estar resueltas y realmente es entonces cuándo empieza la verdadera implementación del Paciente Crónico Complejo en el centro de salud de Caspe.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

%De pacientes con GMA>99 incluidos en programa: 41,33%
%De pacientes con plan de intervención escrito en último contacto: 61,29%
%De pacientes que no han recibido asistencia en el último mes: 29,03%
%De pacientes que no han recibido asistencia en los últimos tres meses: 35,48%
%De pacientes con contacto en atención primaria en los cuatro días siguientes después de ser dados de alta hospitalaria: 18,91%
%De pacientes con tres ingresos en los últimos seis meses: 4,29%
%De pacientes ingresados por mes: 41,93%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto con resultados mejorables, ha comprometido a todo nuestro equipo a trabajar de manera estratégica con cada uno de ellos para determinar su ruta asistencial en su situación clínica, ya que después de la inclusión de varios paciente muy demandantes y con gran descompensación nos hemos dado cuenta de que estas unidades funcionan (facilitan al usuario una atención equilibrada y personalizada) obteniendo resultados clínicos esperados entre calidad de cuidados/costes asociados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1400 ===== ***

Nº de registro: 1400

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1400

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Autores:
BELLES PALLARES LUCIA, GRACIA MORENO MERCEDES, ABADIA BUISAN CAROLINA, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROCA BERENGUER MARGARITA, GODINO MOYA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL DESPLIEGUE DEL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO ACABA DE COMENZAR EN NUESTRO CENTRO DE SALUD (CASPE) Y NUESTRAS COBERTURAS SON MUY BAJAS TODAVÍA

RESULTADOS ESPERADOS

INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO. CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO Y GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES PARA EVITAR INGRESOS

MÉTODO

SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LOS MISMOS

INDICADORES

% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA
%DE PACIENTES CON PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES
%DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES
%DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES DESPUÉS DEL ALTA
%PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
%PACIENTES INGRESADOS/MES

DURACIÓN

JUNIO:SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO
JUNIO-JULIO:PRIMER CORTE DE INDICADORES
SEPTIEMBRE:SEGUNDO CORTE
ENERO:REVISIÓN FINAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

1. TÍTULO

HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA BLASCO CASORRAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELLES PALLARES LUCIA
GRACIA MORENO MERCEDES
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
ROCA BELENGUER MARGARITA
ABADIA BUISAN CAROLA
SIERRA BRUNA MARIA DOLORES
GODINO MOYA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Enero de 2019 se revisaron los formatos de comunicación con el paciente en papel de los que disponía el Centro de Salud que fueran aplicables para la citación y seguimiento de los pacientes crónicos en las visitas periódicas a las consultas de enfermería y medicina de AP. Buscábamos un formato en el que pudiéramos escribir las fechas de próximas citas de revisión a pacientes crónicos que damos en consulta y los datos de sus constantes (TA, glucemia, peso, etc.) de manera que fuera legible y lo suficientemente amplio e intuitivo para ser comprendido con facilidad por las personas de edad avanzada y/o con bajo dominio del idioma. Se verificó que ninguno de los formatos de los que disponíamos se adaptaba a las necesidades actuales.

A continuación se formó un equipo de trabajo que se reunió para exponer las necesidades y las características que debía tener la nueva tarjeta de citación. En Marzo quedó elaborada la propuesta de "Tarjeta de citación y seguimiento" que constaba de dos caras, en la cara A se registrarían las próximas citas y las constantes tomadas en consulta y en la cara B se registrarían los autocontroles domiciliarios del paciente (TA y glucemia en aquellos casos en los que estuviera indicado).

El nuevo modelo fue impreso y repartido por parte del servicio de Admisión entre las consultas de enfermería, comenzando un pilotaje de 4 meses de duración (1 Abril - 31 Julio). Durante este periodo, las enfermeras entregaron un total de 150 tarjetas a pacientes crónicos que acudían a consultas de seguimiento. Cada enfermera entregó 25 tarjetas. Para cada uno de estos pacientes, se recogieron los datos relativos a la asistencia a la próxima cita, presencia de Diabetes Mellitus, indicación de autorregistro de cifras de glucemia/TA/etc., cumplimentación de autorregistro, satisfacción del paciente (escala Likert) y observaciones del paciente, usando la tabla e instrucciones diseñadas para este fin.

En Septiembre se recogieron los registros de las diferentes consultas y se realizó la evaluación del pilotaje, añadiendo las observaciones del grupo de trabajo. Se analizaron los indicadores y se plantearon las mejoras oportunas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras el análisis de los datos recogidos en las consultas de enfermería, el resultado de los indicadores propuestos para el periodo de pilotaje fue:

- % de uso de la tarjeta: 100% (Estándar: 100%). Se entregaron un total de 150 tarjetas (la totalidad de las tarjetas impresas). Cada enfermera entregó 25 tarjetas.
- Asistencia del paciente a la cita: Un 92,7% de los pacientes que usaron la nueva tarjeta de citación acudieron a la siguiente cita programada (Estándar: 90%).
- Satisfacción media de los pacientes con la nueva tarjeta: Se registró la satisfacción de 129 pacientes. La satisfacción media en una escala Likert (de 1 a 5) fue de 4 (Estándar: 4).
- Uso de los autorregistros: Se indicó realizar autorregistros en un 78,7% de los pacientes (118 pacientes). De estos, un 84% realizó el autorregistro (Estándar: 90%), mientras que un 16% no lo realizó.

Observaciones de los pacientes:

- 7 pacientes comentaron que preferirían el formato de la tarjeta en cartulina, más rígido.
- 6 pacientes comentaron que el espacio para el autorregistro se quedaba pequeño, no les cabían los datos.
- 3 pacientes comentaron que no les gustaba el autorregistro porque les resultaba difícil registrar.
- 1 paciente comentó que no quería rellenar el autorregistro por no manchar la tarjeta.

Observaciones de los profesionales:

- Las enfermeras detectaron que con frecuencia los pacientes rellenaban el autorregistro pero no apuntaban en las casillas correctas.
- En general, les pareció que el sistema de autorregistro no era útil, se quedaba pequeño y no les gustaba tampoco a los pacientes.
- En cuanto al registro de las citas, les pareció que cumplía su objetivo, aunque preferirían el formato en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

1. TÍTULO

HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

cartulina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Tarjeta de citación y seguimiento diseñada cumple los objetivos planteados en cuanto a la programación de la próxima visita para las consultas concertadas con enfermería / medicina y para el registro de las constantes de los pacientes en consulta y otros datos (cara A). Sin embargo, la parte dedicada al autorregistro de TA y/o glucemia no gusta ni a pacientes ni a profesionales y el indicador "Uso de los autorregistros" no llega al estándar marcado. Se evidencia así la necesidad de elaborar formatos para autorregistros más grandes y con casillas mejor clarificadas para facilitar al paciente el registro y al profesional su lectura.

En Octubre se realizó el diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento". y se rediseñaron los formatos para el registro de autocontroles domiciliarios para pacientes hipertensos y diabéticos. La tarjeta de Citación se modificó incluyendo más espacio para próximas citas y añadiendo un apartado para texto libre en la cara B donde incluir otros datos relacionados con el Plan Personal del paciente. Se elaboraron formatos para el autorregistro de perfiles glucémicos de acuerdo con las recomendaciones de frecuencia de autoanálisis del Sector de Alcañiz. También se elaboró un formato para el registro de AMPA.

Estos nuevos formatos fueron presentados al EAP y se propuso su inclusión como formatos propios del centro de salud de Caspe, mediante su integración en el Manual de Acogida del CS y su codificación según el sistema de gestión de calidad, de modo que sean accesibles para todos los profesionales del EAP y para otros EAP a los que puedan resultarles de interés:

- Tarjeta de Citación y seguimiento.
- Registro de Automedición de la Presión Arterial.
- Perfil glucémico: Tratamiento con Insulina Intensiva.
- Perfil glucémico: Tratamiento con Insulina no intensiva.
- Perfil glucémico: Tratamiento con Antidiabéticos Orales.

Disponer de estas herramientas nos facilitan y agilizan el trabajo en consulta y mejoran la comunicación entre profesional y paciente. Creemos que la "Tarjeta de Citación y Seguimiento" disminuye el número de pacientes que no acuden a las consultas programadas por errores en la lectura de la próxima cita (0 en el pilotaje) y esperamos mejorar los Indicadores de seguimiento de pacientes crónicos (HTA, DM) mediante el buen uso de los Autorregistros.

En general recomendaríamos el uso de estas herramientas en los EAP, aunque es compartido por profesionales y pacientes la necesidad de un soporte más rígido, en cartulina, para la "Tarjeta de Citación y Seguimiento" que actualmente usamos en papel. Es una Tarjeta con espacio para ser usada durante varios años y el papel se deteriora fácilmente con el paso del tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/180 ===== ***

Nº de registro: 0180

Título
HERRAMIENTA DE COMUNICACION PARA ORIENTAR A PACIENTES CRONICOS EN EL SISTEMA SANITARIO

Autores:
BLASCO CASORRAN MARTA, BELLES PALLARES LUCIA, GRACIA MORENO MERCEDES, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROCA BELENGUER MARGARITA, ABADIA BUISAN CAROLA, SIERRA BRUNA MARIA DOLORES, GODINO MOYA MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRÓNICOS: HTA, DM, DLP, OBESIDAD, EPOC
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Cartera de Servicios de Atención Primaria recoge la Atención a pacientes crónicos. Para llevar a cabo este

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

1. TÍTULO

HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

servicio que ocupa gran parte de nuestras agendas, los pacientes incluidos son citados con la periodicidad correspondiente en las consultas de su enfermera y su médico de familia.
Uno de los objetivos que se plantean al finalizar estas consultas de enfermería es el codificado en la taxonomía NOC "Conducta de cumplimiento" (1601). Una de las intervenciones enfermeras dirigidas al logro de este objetivo es la recogida en la NIC "Orientación en el sistema sanitario" (7400). Como actividades concretas relacionadas con esta intervención, la NIC recoge:
740024 Proporcionar instrucciones escritas sobre el propósito y lugar de las actividades asistenciales, según corresponda.
740033 Notificar al paciente las visitas programadas, según corresponda.

Para llevar a cabo estas actividades, las enfermeras acuerdan la fecha de próxima visita con el paciente y realizan una anotación doble de la próxima cita. Por un lado, en la agenda de OMI-AP y además, en un soporte en papel se anota al paciente la próxima cita. Actualmente no disponemos de un formato adecuado, ya que las "tarjetas amarillas" de las que disponemos están obsoletas, su espacio es muy reducido y frecuentemente producen que los pacientes se equivoquen en el día u hora de la cita.
Por otra parte, las enfermeras observamos que los pacientes a menudo nos traen a consulta autorregistros de TA o glucemias anotados en formatos no adecuados o casi ilegibles. Detectamos la necesidad de disponer de un formato para aquellos pacientes que se realizan controles de TA o glucemias.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la comunicación entre profesional y paciente mediante el uso de una "Tarjeta de citación y seguimiento" que sirva para registrar las citas en consulta programada.
Disminuir el número de pacientes que no acuden a las consultas programadas.
Mejorar los indicadores de seguimiento de pacientes crónicos.
Adaptar la Tarjeta para que aporte información sobre datos del paciente (TA, glucemia, peso...), de manera que éstos puedan ser consultados y compartidos con el paciente, familiares y otros profesionales.
Adaptar la Tarjeta para incluir autorregistros en aquellos casos que lo requieran, de manera que el paciente pueda compartirlos con los profesionales.

MÉTODO

- Revisar los formatos de los que se dispone en el centro.
- Reunión del grupo de trabajo exponiendo las necesidades y las características que debe tener la nueva herramienta. Elaboración de un modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento".
- Pilotaje durante 4 meses.
- Reunión del grupo de trabajo y evaluación. Análisis de indicadores y se plantearán posibles mejoras.
- Diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento". Inclusión como formato propio del centro de salud codificándolo según el sistema de gestión de calidad.
- Presentación al EAP e implantación.

INDICADORES

Durante el periodo de 4 meses de pilotaje, las enfermeras entregarán un total de 150 tarjetas a pacientes crónicos que acudan a consulta de seguimiento. Para cada uno de ellos, se registrarán los datos indicados en una tabla. Tras el periodo de 4 meses del pilotaje, se evaluarán los siguientes indicadores:
- % de uso de la tarjeta: N° tarjetas entregadas / n° total de tarjetas impresas para el pilotaje (150 unidades) x 100. Estándar: 100%
- Asistencia del paciente a la cita: n° de pacientes a los que se entregó tarjeta que acuden a la cita / n° total de pacientes a los que se les entregó tarjeta x 100. Estándar: 90%.
- Satisfacción media de los pacientes con la nueva tarjeta: Suma de puntuaciones en escala Likert (1 - 5) / n° de pacientes que evalúan. Estándar: 4
- Satisfacción media de los profesionales con la nueva tarjeta: Suma de puntuaciones en escala Likert (1 - 5) / n° de profesionales que evalúan. Estándar: 4
- Uso de los autorregistros: n° de pacientes que han rellenado autorregistros / n° de pacientes a los que se les ha indicado realizar registros x 100. Estándar: 90%.

A partir de estos indicadores y de las observaciones subjetivas percibidas por pacientes y profesionales, el grupo de trabajo acordará el modelo definitivo de tarjeta, realizando las modificaciones oportunas.

DURACIÓN

El proyecto será llevado a cabo entre los meses de enero a septiembre de 2019.
- Enero - febrero: Diseño y planificación de la nueva tarjeta por el grupo de trabajo.
- Marzo - Junio: Pilotaje del uso de la nueva tarjeta
- Julio: Evaluación por el grupo de trabajo.
- Agosto: Diseño definitivo del modelo de "Tarjeta de citación y seguimiento" y codificación.
- Septiembre: Presentación y difusión al resto del EAP por el grupo de trabajo. Implantación del nuevo modelo de Tarjeta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0180

1. TÍTULO

HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN PARA ORIENTAR A PACIENTES CRÓNICOS EN EL SISTEMA SANITARIO.

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE MIGUEL GUIU CAMPOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASPE
· Localidad CASPE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLEJO GERMOSEN LORENZA
BLASCO CASORRAN MARTA
ISTRATE RAMONA
RELANCIO PASCUAL PATRICIA
PASCUAL GAVIN MARI CARMEN
ROMERO SEGURA ANDREA
LOZANO CALAVIA CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Creación del Grupo de Atención Comunitaria dentro del EAP (Febrero 2019)
Reuniones periódicas del Grupo de Atención Comunitaria (22/03/2019, 24/06/2019, 13/01/2019??) y uso de otros sistemas de comunicación (Whatsapp, correo-e, Google Drive).
Diseño de la Agenda Comunitaria (contenido básico) y actualizaciones periódicas.
Formación de los profesionales en metodologías de intervención y participación comunitaria: Curso de "Activos para la Salud", Sesión Clínica sobre "Intervención comunitaria en educación secundaria: Taller afectivo sexual".
Difusión de la Agenda comunitaria al EAP, al Consejo de Salud, a otras entidades de la población, a la Dirección del Sector y mediante el blog <https://atencioncomunitaria.aragon.es/agendas-comunitarias-equipos-atencion-primaria/>
Desarrollo de las actividades incluidas en la Agenda Comunitaria:
Continuo: Educación grupal para la preparación al parto, dirigida a mujeres gestantes y sus parejas, impartida por la matrona del Centro de Salud.
19/03/2019 - 20/03/2019: Taller de primeros auxilios en las Cooperativas de Caspe y Fabra. Dirigido a socios de la Sociedad Cooperativa Frutícola Bajo Aragonesa, impartido por Miguel Guiu.
08/04/2019 a 11/04/2019: Participación en la Semana de la Seguridad y Prevención en Colegios, organizada anualmente por Bomberos de Caspe. Talleres impartidos:
08/04/2019: Taller de primeros auxilios en el CEIP Compromiso de Caspe. Dirigido a alumnos de 5º de primaria, impartido por Carmen Pascual, Marta Blasco y Marta Tomás.
09/04/2019: Taller de primeros auxilios en el CEIP Alejo Lorén. Dirigido a alumnos de 5º de primaria, impartido por Miguel Guiu, Marta Blasco y Pedro Talayero.
10/04/2019: Taller de primeros auxilios en el CEIP Alejo Lorén. Dirigido a alumnos de 6º de primaria, impartido por Andrea Romero, Lorenza Vallejo, Susana Moreno y Ramona Istrate.
11/04/2019: Taller de primeros auxilios en el Colegio Santa Ana. Dirigido a alumnos de 5º y 6º de primaria, impartido por Patricia Relancio, Lucía Bellés y Encarni Mezcua.
10/04/2019: Participación en la Mesa de la Campaña Agrícola en colaboración con el Ayuntamiento de Caspe, Servicios Sociales comarcales, sindicatos y asociaciones. Participan en esta mesa Miguel Guiu y Aurora Lahoz. ¿mas fechas?
11/04/2019: Visita de los alumnos de 1º educación infantil del CEIP Alejo Lorén al Centro de Salud. Ramona Istrate recibe a los alumnos, les explica el funcionamiento del centro de salud y visitan los diferentes espacios del centro y la ambulancia.
29/04/2019: Taller de primeros auxilios y uso del DEA a la Policía Local de Caspe. Abierto a otros profesionales, también acuden Bomberos y Guardia Civil. Impartido por Miguel Guiu y Marta Blasco.
06/05/2019 - 08/05/2019: Jornada de formación conjunta Centro de Salud y Bomberos sobre la atención en accidentes de tráfico y traumas graves. Con diferentes talleres prácticos impartidos por Lorenza Vallejo, Maite Godino, Miguel Guiu, Ramona Istrate y Lucia Belles.
18/12/2019: Taller de formación sobre Diabetes Mellitus tipo 1 dirigido a profesores y trabajadores del CEIP Alejo Lorén.
Participación en el Consejo de Salud de Zona: Miguel Guiu (Coordinador del Centro de Salud) es el secretario del Consejo. Entre los vocales se encuentran una enfermera (Patricia Relancio Gavín) y una médico de familia (Mari Carmen Pascual Gavín).
Participación en la Mesa de Violencia de género: Miguel Guiu Campos y Aurora Lahoz (citados desde los servicios sociales de la comarca)
Participación en el Plan de Convivencia en la Diversidad Cultural de Caspe: Desde la Consejería de Servicios Sociales de la Comarca del Bajo Aragón-Caspe, en colaboración con la Fundación Ozanam y el Gobierno de Aragón, se convocó al Centro de Salud para la participación en un grupo de trabajo para la dinamización de este Plan elaborado anteriormente mediante un proceso participativo. Forman parte de este grupo Marta Blasco y Aurora Lahoz. Entre marzo y diciembre de 2019 el grupo se ha reunido en 12 ocasiones y se han celebrado varios eventos dirigidos a la difusión del Plan entre técnicos de la Comarca (Espacio Técnico de Relación 29/10/2019) y la presentación del Plan a la ciudadanía en Expo-Caspe (01/11/2019). Actualmente el grupo de trabajo ha pasado a denominarse Equipo Comunitario de Caspe y continúa avanzando en el trabajo comunitario y reuniéndose con periodicidad.
Colocación de un Buzón de Sugerencias para los usuarios/as del Centro de Salud: Fue colocado en mayo de 2019 a iniciativa de Carlos Lozano. El servicio de Admisión se encarga de revisarlo periódicamente.
En desarrollo: Programa de Educación Sanitaria dirigido a mujeres inmigrantes en colaboración con la Escuela

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

de Adultos y el colectivo "Mujeres fuertes", con quienes ya se ha establecido contacto y se está planificando conjuntamente el contenido y desarrollo de la actividad.

- Se ha establecido contacto con referentes de centros educativos de la localidad, ayuntamiento, servicios sociales comarcales, asociaciones locales y otras entidades.
- Se ha realizado evaluación de las actividades realizadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

Nº de profesionales que participan en el Grupo de Atención Comunitaria / Nº mínimo de perfiles profesionales que constituyen el grupo (3) x 100 (Estándar: 100%). El grupo se componía inicialmente por 15 profesionales. Durante el año, debido a cambios en el EAP, el grupo se ha quedado con 13 componentes. Resultado: 433%.
Nº de actividades planificadas realizadas en el año 2019 / Nº de actividades planificadas en la Agenda Comunitaria x 100 (Estándar 90%). De las 10 actividades incluidas inicialmente en la Agenda, se han llevado a cabo 9 (la actividad restante está en desarrollo). Resultado: 90%.
Nº de reuniones del grupo de Atención comunitaria (Estándar: 4). Resultado: 3 reuniones. Ha sido más utilizada y fluída la comunicación por otros medios (Whatsapp, correo-e, Google Drive).
Nº de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria a lo largo del año (Estándar: 2). Resultado: 3 actividades realizadas no planificadas inicialmente.
Nº de actividades desarrolladas en colaboración con otras entidades del entorno / Nº de actividades desarrolladas (Estándar: 80%). De las 12 actividades llevadas a cabo, 10 se realizan en colaboración con otras entidades. Resultado: 83%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Equipo de mejora ha valorado como muy positivo el alcance de la creación e implantación de la Agenda Comunitaria en el centro de salud de Caspe. Los objetivos del proyecto se han cumplido por completo: se ha constituido un grupo de Atención Comunitaria en el que participan profesionales del EAP con diferentes perfiles, han diseñado el contenido básico de la Agenda Comunitaria, se ha ofertado formación a los miembros del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria y las actividades comunitarias se han integrado en la planificación del Centro de Salud.

La Agenda Comunitaria del EAP se ha difundido y se puede consultar en <https://atencioncomunitaria.aragon.es/agendas-comunitarias-equipos-atencion-primaria/>. Los profesionales del EAP han recibido nuevas demandas por parte de entidades de la zona para iniciar nuevos proyectos comunitarios en el año próximo, además de dar continuidad a los ya instaurados. Como dificultad encontrada, diríamos que pese a que las actividades se desarrollan de forma integrada en el funcionamiento del EAP, sigue siendo difícil establecer horarios para el desarrollo de estas actividades comunitarias sin sobrecargar al profesional/es que las realizan y a los que cubren la actividad asistencial en esos periodos, puesto que las agendas de los diferentes profesionales todavía no contemplan un tiempo para la atención comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1076 ===== ***

Nº de registro: 1076

Título
CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

Autores:
GUIU CAMPOS MIGUEL, VALLEJO GERMOSEN LORENZA, PASCUAL GAVIN MARI CARMEN, LAMARRE MICHELOT, BLASCO CASORRAN MARTA, RELANCIO PASCUAL PATRICIA, ROMERO SEGURA ANDREA, LOZANO CALAVIA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASPE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

La atención comunitaria se define como "el conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos".

La Agenda Comunitaria se dirige a mejorar la salud y el bienestar de las personas de la zona, promover el autocuidado, reducir la medicalización de los problemas personales y sociales, visibilizar y potenciar los recursos y activos comunitarios y reducir las desigualdades sociales en la salud. Este último es un importante fin en nuestra Zona Básica de Salud de Caspe dadas las características de la población, con un elevado índice de población inmigrante, asalariados eventuales y desempleo. Atendiendo a las desigualdades sociales, recientemente hemos conocido que el Índice de Privación de nuestra ZBS es de los más elevados de Aragón (<https://idearagon.aragon.es/atlas/#>).

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un grupo de Atención Comunitaria en el que participen varios profesionales del EAP con diferentes perfiles. Diseñar el contenido básico de la Agenda Comunitaria:
Ofertar formación dirigida a los miembros del equipo en metodologías de intervención y participación comunitaria. Integrar las actividades comunitarias en la planificación del Centro de Salud.
Difundir la Agenda Comunitaria al EAP, al Consejo de Salud de la ZBS, a la población y a la Gerencia del Sector. Evaluar las actividades llevadas a cabo.

MÉTODO

Creación del Grupo de Atención Comunitaria dentro del EAP.
Reunión del grupo de trabajo.
Diseño de la Agenda Comunitaria.
Difusión de la Agenda comunitaria al EAP, al Consejo de Salud, a otras entidades de la población y la la Dirección del Sector.
Desarrollo de las actividades incluidas en la Agenda Comunitaria:
Educación grupal para la preparación al parto.
Taller en los colegios del municipio sobre Reanimación Cardiopulmonar.
Participación en la Mesa de Violencia de género.
Participación en el Consejo de Salud de Zona.
Participación en el Plan de convivencia en la diversidad cultural de Caspe.
Taller sobre Educación Sanitaria dirigido a personas inmigrantes en colaboración con la Escuela de Adultos.
Formación conjunta con Bomberos sobre la atención el accidentes de tráfico y traumas graves.
Reunión del grupo de Atención Comunitaria, evaluación de las actividades realizadas.

INDICADORES

El Grupo de Atención Comunitaria se reunirá con periodicidad trimestral. Al finalizar el año, se realizará una evaluación global con los siguientes indicadores:

Nº de profesionales que participan en el Grupo de Atención Comunitaria / Nº mínimo de perfiles profesionales que constituyen el grupo (3) x 100 (Estándar: 100%).
Nº de actividades planificadas realizadas en el año 2019 / Nº de actividades planificadas en la Agenda Comunitaria x 100 (Estándar 90%).
Nº de reuniones del grupo de Atención comunitaria (Estándar: 4)
Nº de actividades no previstas inicialmente que se han incluido en la Agenda Comunitaria a lo largo del año (Estándar: 2).
Nº de actividades desarrolladas en colaboración con otras entidades del entorno / Nº de actividades desarrolladas (Estándar: 80%).
Nº de actividades formativas sobre intervenciones comunitarias cursadas por los miembros del grupo de Atención Comunitaria / Nº de miembros del grupo de Atención Comunitaria (Estándar: 60%).

DURACIÓN

La Agenda Comunitaria se planifica anualmente. Aún no se dispone de fecha concreta para la realización de la mayoría de actividades, si para algunas de ellas que exponemos a continuación:

Constitución y puesta en marcha del Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria: Enero - Febrero 2019.
Diseño de la Agenda Comunitaria de 2019: Febrero - Marzo 2019.
Difusión al EAP y al Consejo de Salud: Marzo .Abril 2019.
Participación en la semana de la seguridad en colegios: 8-12 de Abril 2019 junto a bomberos, policía local y guardia civil.
Jornadas con bomberos (Intercambio de experiencias y conocimientos): 6 y 8 de mayo 2019.
Resto de actividades incluidas en la Agenda Comunitaria: Mayo - Noviembre 2019.
Formación al EAP: Mayo - Noviembre 2019.
Reunión del grupo de trabajo y evaluación de la Agenda Comunitaria: Diciembre 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1076

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE LA AGENDA COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CASPE

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0400

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL RIOS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER MAHAVE MARTA
CANTIN LOPEZ ELISENDA
SALVANES DURAN BERNARDO
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
CALVO ALBAS MARIA ANGELES
GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se formó grupo de trabajo para la búsqueda bibliografica.
Se acordó que material y medicaciones debían ir en el maletín.
Se produjo retraso en la compra del maletín lo que provocó un retraso en el proyecto.
Se realizaron hojas de excel para para las revisiones de caducidades, revisiones de material y número de incidencias.
No dispusimos de nuevo maletín hasta octubre 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El maletín que se proporcionó será muy pequeño por lo que se replanteó que material debía ir en dicho maletín y se priorizó sobre todo que estuviera la medicación.
El maletín desapareció del centro en noviembre de 2017 por lo que no se han podido hacer las revisiones planificadas ni calcular los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se va a solicitar un nuevo maletín más adecuado a la atención de urgencia en atención primaria para poder relanzar el proyecto.
Sería recomendable que el personal de compras nos consultara que tipo de maletín precisamos para poder adecuarlo a la atención en nuestro centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/400 ===== ***

Nº de registro: 0400

Título
MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
RIOS LAZARO MIGUEL, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, FERRER MAHAVE MARTA, CANTIN LOPEZ ELISENDA, SALVANES DURAN BERNARDO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, CALVO ALBAS MARIA ANGELES, GASQUE CALAHORRA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

Enfoque: Aproximación al modelo EFQM
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El maletín de urgencias del centro de salud es utilizado por el personal que realiza atención continuada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0400

1. TÍTULO

MEJORA DEL MALETIN DE URGENCIAS EN LA UNIDAD MOVIL DEL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

cuando se desplaza fuera del centro. Hemos detectado en ocasiones ausencia de medicaciones u otros material necesarios, al no haber sido repuesto. Esta falta de material en una urgencia puede provocar una atención no optima. Actualmente no esta organizada la revisión del maletín por lo que el equipo de guardia desconoce cuando ha sido revisado por ultima vez.

La revisión de caducidades y del material del maletín es vital para una atención sanitaria urgente de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera obtener una atención sanitaria al paciente fuera del centro de salud, optima y eficiente y que no provoque el traslado al centro de salud del paciente o el personal por falta de material que debería estar en el maletín.

MÉTODO

Formación de grupo de trabajo que acordará que material y medicaciones son necesarias en el maletín así como su cantidad tras búsqueda bibliográfica y puesta en común entre los componentes para adaptarlo a las características y necesidades del centro de salud.

Elaboración listado de material y medicación con definición de stocks.

Compra de maletines adecuados para la atención urgente.

Reposición de material utilizado tras cada aviso.

Revisión semanal del material y mensual de las caducidades por personal que realiza la atención continuada.

Registro de la revisión mediante fecha y firma del personal que la ha realizado.

Hoja de incidencias con fecha y causa de la incidencia

INDICADORES

% de semanas en las que se ha registrado la revisión de materiales del maletín.

% de meses en los que se ha registrado la revisión de caducidades del maletín

Numero de incidencias de falta de material o caducidad superada

DURACIÓN

Duración del proyecto 8 Meses.

Octubre 2016 con formación grupo de trabajo y puesta en común.

Noviembre 2016 compra de maletines y montaje de maletines.

Diciembre 2016 comienzo de utilización y registro de revisiones e incidencias.

Junio 2017 obtención 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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1453

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO
GONZALEZ ALGAS JULIO
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
RIOS LAZARO MIGUEL
ZUMETA FUSTERO TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 2 reuniones en este periodo en las que se analizaron los datos disponibles de los indicadores de este año. Se incidió especialmente en los indicadores en que peores resultados obteníamos. Se intentó implicar a los M.A.C. en la captación de pacientes fumadores y en la intervención sobre tabaquismo aprovechando la atención en urgencias de pacientes jóvenes que no suelen acudir a su médico de familia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han alcanzado unos resultados medianamente aceptables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Tenemos que perseverar en la mejora de los indicadores, este proyecto de mejora debe continuar el próximo año. Deberíamos conocer los indicadores seleccionados a comienzos de año, creemos que los 6 primeros meses son los mejores pues en el verano, con la cobertura de las vacaciones y permisos de los compañeros vamos mucho más ajustados de tiempo para realizar consulta programada.
Es preciso implicar a los M.A.C. en la Intervención sobre Tabaco.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1453 ===== ***

Nº de registro: 1453

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA, GONZALEZ ALGAS JULIO, PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado aceptable si nos comparamos con el resto del sector, aunque ha habido espacio para la mejora, sobre todo en la intervención del tabaquismo e indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1453

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

en el Centro de Salud de Híjar..

MÉTODO

- Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos.
- Implicación de MAC y EAC en los indicadores de prescripción pediátrica
- Atención al tabaquismo: Difusión del programa de atención al tabaquismo del sector. Implicación de MAC y EAC en estas actividades incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para estos dos colectivos.
- Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de procedimiento de intervención sobre el tabaquismo en el sector de Alcañiz
- Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- Junio: Sesiones clínicas sobre tabaquismo e indicadores de farmacia con resultados actualizados
- Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- Enero 2018: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE SUSANA LARRIPA DE LA NATIVIDAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO
GONZALEZ ALGAS JULIO
LAZARO GRACIA MARIA PILAR
SANCHEZ GIMENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Charla sobre cronicidad y el paciente polimedicado

Se han realizado sesiones informativas al EAP, y de actualización respecto a las moléculas de mayor uso en atención primaria, eficiencia de principios activos, estándares de calidad, gasto farmacéutico, y desviación actual del EAP.

Cuadro de mandos de farmacia, e interés de su uso por los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Análisis de alternativas terapéuticas más coste - efectivas

Compromiso de los profesionales en la mejora del registro diagnóstico en OMI -AP y de la prescripción según indicadores

Todavía no tenemos datos de resultados obtenidos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la adecuación de los tratamientos, valorando siempre en pacientes con patologías crónicas polimedicados posibles interacciones, efectos adversos, incumplimiento...

Importancia de la mejora de los indicadores de eficiencia de farmacia ajustados por ACGs

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1465 ===== ***

Nº de registro: 1465

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, SANCHEZ GIMENO JAVIER, ZUMETA FUSTER MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica prevalente
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar hemos encontrado varios problemas:
Población envejecida con elevada carga de cronicidad a la vista de la pirámide con los GMAs. Nuestro peso

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

medio por ACGs es alto pero podría mejorarse el registro diagnóstico.
La eficiencia en farmacia ajustada por ACGs no cumple los estándares, desviándose de lo previsto alrededor de un 20%

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en farmacia ajustado por ACGs
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo con responsable.
Se realizará sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto, en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD, y de . Se analizarán alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Se realizará acta de la reunión con los acuerdos alcanzados.
Cada cuatro meses se monitorizará el gasto farmacéutico, analizando las moléculas de mayor gasto, y proponiendo alternativas de tratamiento con la misma sistemática

INDICADORES

Indicador de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesión clínica-primera evaluación
Septiembre: segunda evaluación
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANTONIO PABLO MARTINEZ BARSELO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ ALGAS JULIO
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
LAZARO GRACIA PILAR
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO
RIOS LAZARO MIGUEL
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El día 30 de mayo, en reunión del Equipo de Atención Primaria se explica el proyecto y se solicitan colaboradores para su puesta en marcha. Todos los médicos del C. S. de Híjar aceptan su participación. Tras el verano, el día 24 de septiembre de 2018, coincidiendo con una charla sobre dislipemias que fué impartida por Miren Arántzazu García Colinas que es la farmacéutica de A. P. del sector de Alcañiz, se ofrecen resultados provisionales de los objetivos del programa, en ese momento se cumple en todos los parámetros seleccionados pero se continua animando a los integrantes para que los resultados sean todavía mejores. El 3 de diciembre de 2018 y coincidiendo también con una sesión sobre tratamiento de las dislipemias y aprovechando que ya se han incorporado los médicos que sustituyen a algunos de los miembros del EAP que se han marchado a otros destinos por el proceso de movilidad voluntaria, se vuelven a explicar las características y objetivos del Plan de Mejora y se detallan los resultados hasta ese momento. Se solicita contar con la colaboración de los nuevos compañeros para que los resultados continuen mejorando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Selección eficiente de estatinas se han alcanzado los objetivos de farmacia del Acuerdo de Gestión Clínica de 2018 y se han mejorado los resultados del año anterior.
Hipolipemiantes combinados en AP. Se han alcanzado los objetivos de farmacia del acuerdo de Gestión Clínica de 2018 y se han mejorado los resultados del año anterior.
Uso de medicamentos con riesgo anticolinérgico elevado en mayores de 75 años: Se consiguen los objetivos de farmacia del AGC de 2018 y se mejoran los resultados de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general se han conseguido los objetivos propuestos pero quizás si algunos de los participantes en el proyecto no hubiesen estado inmersos en un proceso de movilidad voluntaria los resultados podrían haber sido mejores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1465 ===== ***

Nº de registro: 1465

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA EN FARMACIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, RIOS LAZARO MIGUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, LAZARO GRACIA MARIA PILAR, SANCHEZ GIMENO JAVIER, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología Crónica prevalente
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1465

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE INTERVENCION EN LOS INDICADORES DE URM DE MEDICINA DE FAMILIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Híjar hemos encontrado varios problemas: Población envejecida con elevada carga de cronicidad a la vista de la pirámide con los GMAs. Nuestro peso medio por ACGs es alto pero podría mejorarse el registro diagnóstico. La eficiencia en farmacia ajustada por ACGs no cumple los estándares, desviándose de lo previsto alrededor de un 20%

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el indicador de eficiencia en farmacia ajustado por ACGs
Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo con responsable.
Se realizará sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto, en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD, y de . Se analizarán alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo. Se realizará acta de la reunión con los acuerdos alcanzados.
Cada cuatro meses se monitorizará el gasto farmacéutico, analizando las moléculas de mayor gasto, y proponiendo alternativas de tratamiento con la misma sistemática

INDICADORES

Indicador de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesión clínica-primera evaluación
Septiembre: segunda evaluación
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR LAZARO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA
GONZALEZ ALGAS JULIO
RIOS LAZARO MIGUEL
MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO
ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR
ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En una de las reuniones del grupo de diabetes del sector Alcañiz, se expresó, por parte de endocrinología la impresión de que "había cierta tolerancia" en el control glicémico de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico y obesos.

Haciéndonos eco de esa "impresión" nos planteamos si esa hipótesis se verificaba o no, en los diabéticos de esas características adscritos a nuestra área básica de salud. Para ello llevamos a cabo las siguientes actividades:

1.- Por muestreo aleatorio simple y con base de datos en las fuentes OMI-AP y OMI-EST, se seleccionaron 40 pacientes de los diferentes CIAs asignados al C.S.Híjar que cumplieren los siguientes criterios:

-DM de reciente diagnóstico (< 3 años)
-IMC > 25
-Glicada > 7

2.- Se evaluó como único criterio del proyecto si estaban o no a tratamiento con MTF (excepto intolerancia/contraindicación).

3.- El día 11/06/2018 se realizó la primera sesión informativa para todos los miembros del equipo del C.S.Híjar, personal médico y enfermería tanto del Área Básica como del equipo de atención continuada.

Se explicó el proyecto de mejora. Su objetivo principal: conseguir que todos los pacientes con IMC >25, Glicada >7 y reciente diagnóstico (< 3 años) llevarán tto con Metformina (salvo contraindicación). Definimos la metodología y los dos periodos en que se iba a llevar a cabo comparando los datos obtenidos, al inicio (06/18) y a los seis meses de la intervención (12/12).

4. - En esa misma reunión, se llevó a cabo la intervención/mejora entendida como: SESIÓN CLÍNICA exhaustiva y actualizada sobre la evidencia científica existente respecto a la Metformina.

Se revisaron los importantes hallazgos que el estudio UKPDS 34, demostró en cuanto a reducción de mortalidad por cualquier causa, como por causa cardiovascular. Además de otras de las evidencias conocidas.

Enfatizando que dichos logros se demostraron precisamente en pacientes obesos y de reciente diagnóstico.

Para finalizar se recordó que, como recomiendan las diferentes sociedades científicas y las GPCs, la Metformina sigue siendo en la actualidad el fármaco de primera elección en el tratamiento de la DM2.

Y que lo es así por su eficacia, seguridad, el efecto neutro que tiene sobre el peso, la ausencia de hipoglucemias y su coste favorable.

5.- El día 17/12/2018 se realizó la segunda reunión nuevamente con todos los miembros del equipo ya antes mencionados. Se expusieron los resultados obtenidos del segundo muestreo a los 6 meses de la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 40 pacientes evaluados en 06/2018:

.-27 sí estaban tratados con MTF. Lo que suponía un 67,5% de CUMPLIDORES
.-13 no estaban tratados con MTF. Lo que suponía 32,5% de NO CUMPLIDORES

De los 13 que NO llevaban MTF:

.-3 constaban como intolerantes
.-1 como IRC (FG<30)
.-1 tto dietético

.- en los 8 restantes no constaba en HC causa alguna que justificara la no prescripción de MTF.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

De los 40 pacientes reevaluados en 12/2018 (tras la intervención):

- .-26 continuaban a tto con MTF
- .-1 fue pérdida por gestación reciente

De los 13 que no tomaban MTF:

- .-5 pasaron a tomar MTF .Lo que mejoró el porcentaje de CUMPLIDORES al 80%
- .-8 seguían sin tomar: 3 intolerantes, 1 a tto dietético, 1 por IRC (ya constatados en el pto de corte de 06/18) y 3 sin causa justificada.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra modesta opinión, y a la vista de nuestros datos, creemos poder discrepar de esa "impresión" que se nos planteó inicialmente.

En nuestro proyecto, ya en el primer punto de corte de 06/2018:

- 67,5% de los pacientes YA CUMPLIAN tto con MTF, porcentaje no excelente pero creemos que tampoco desdeñable.

Y tras la intervención clínica :

- 5 pacientes más pasaron a tomar MTF, con lo que el porcentaje subió al 80%.

Además de los 13 NO CUMPLIDORES al inicio del proyecto:

- 5 tenían causas justificadas y presumiblemente no potenciales de modificar;
- 3 intolerantes, 1 dieta, y 1 IRC <30.

-Y solo 8 eran subsidiarios potenciales de posible intervención.Siendo precisamente 5 de estos "potenciales" de modificar, los que pasaron en 12/2018 a tomar MTF.

Mejóro así el porcentaje de cumplimiento hasta el 80% y sólo quedaron 3 pacientes, sin causa justificada, para la no prescripción de MTF.

Por tanto, el plan de mejora ha resultado efectivo.La intervención parece haber modificado la praxis de ciertos compañeros, que pasan a prescribir MTF en aquellos pacientes que deberían haberla llevado.

Y como conclusión final,queremos constatar que nos ha sido grato observar que la prescripción de MTF en nuestra Área Básica es mayoritaria y se ajusta a las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

Como reflexión, únicamente señalamos que, aunque no es motivo de este estudio, la mayoría de los pacientes tratados con MTF la tomaban en combinación con otros ADOs (DPP4s o SLGT2).

De los 27 cumplidores al inicio, solo 10 tomaban MTF sin asociar, y 17 en combinación. Con el consiguiente encarecimiento del tto.

Quizás esto debiera ser motivo para otro análisis.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/910 ===== ***

Nº de registro: 0910

Título
CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Autores:
LAZARO GRACIA PILAR, LARRIPA DE LA NATIVIDAD SUSANA, GONZALEZ ALGAS JULIO, RIOS LAZARO MIGUEL, MARTINEZ BARCELO ANTONIO PABLO, ROMERO FERNANDEZ MARIA PILAR, ZUMETA FUSTERO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0910

1. TÍTULO

CONTROL GLUCEMICO EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO RECIENTE DE DIABETES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los resultados del estudio UKPDS 34 mostraron una reducción de la mortalidad por cualquier causa (MCC) a los 10 años de riesgo relativo (RR) 0,64 (IC 95% 0,45 a 0,91) y por infarto agudo de miocardio (IAM) de RR 0,61 (IC 95% 0,41 a 0,89). El número necesario para evitar una muerte fue de 14 y la reducción del riesgo absoluto del 0,07. Esto se consiguió con pacientes con sobrepeso en tratamiento con metformina en las fases iniciales de la enfermedad. Recientemente, en la reunión del grupo de diabetes del sector, se expresó desde endocrinología la impresión de que existe cierta tolerancia ante el control glucémico en los pacientes recién diagnosticados y que se tarda en introducir el tratamiento con metformina, en particular en los pacientes obesos. Las guías de práctica clínica recomiendan que en los pacientes recién diagnosticados se intente un control de glicada por debajo de 7, (algunas 6,5), preferiblemente con fármacos con bajo riesgo de hipoglucemia.

RESULTADOS ESPERADOS

Conseguir que los pacientes diagnosticados de diabetes de < de 3 años de evolución, IMC >25 y tengan glicadas por encima de 7 lleven tratamiento con metformina (excepto intolerancia).

MÉTODO

Ciclo de mejora. Se evaluarán en el centro 40-pacientes diagnosticados hace menos de 3 años con IMC>25 y que hayan tenido un glicada mayor de 7 desde su inicio de la enfermedad, no controlada por medios dietéticos. Se evaluará si están en tratamiento con metformina como único criterio. Los pacientes se seleccionarán por muestreo aleatorio simple. Fuente de datos OMI-est y OMI-AP.

En caso de confirmarse la hipótesis, se realizaría sesión clínica mostrando los resultados y se realizaría formación al respecto.

INDICADORES

% de pacientes diagnosticados de diabetes hace menos de 3 años con IMC >25 y que tengan glicadas por encima de 7 que llevan tratamiento con metformina (ver aclaraciones del criterio en el apartado "6")

DURACIÓN

6 meses

Se compararán los resultados al inicio y a los seis meses de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
VALERO SALAS JESUS
BURRIEL AGUDO OSCAR
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- En el mes de abril se realiza sesión clínica al EAP, explicando importancia del proceso y realización de la técnica, se vuelve a repetir dicha sesión en el mes de octubre a petición del responsable de calidad del centro.
2- Se solicita a coordinación de enfermería la necesidad de disponer mensualmente en el pedido de almacén de desinfectantes líquidos de alto nivel (Glutaraldehído al 2% y Formaldheído).
2- En el mes de junio se realiza un taller práctico de formación al personal de enfermería del centro (EAP y EAC).
3- En verano se traslada el botiquín de farmacia a otra estancia del centro, dejando así el cuarto libre para "esterilización" ya que aquí hay fregadero y encimera, para poder realizar allí todo el proceso desde la limpieza y desinfección hasta la esterilización y almacejaje.
Se provee así mismo de archivador para los registros semanales ("Registro de controles de esterilización" UNE-EN-ISO 9001 utilizados en el Sector Alcañiz). Así mismo se habilita mobiliario y gradillas para almacenaje y clasificación.
4- Semanalmente (ya desde enero) se realiza control biológico del autoclave para enviarlo a la central de esterilización del Hospital de Alcañiz, así como el registro de incidencias y/o resultados.
5- Con carácter mensual se comprueba desde julio las condiciones y el estado de los paquetes de material esterilizado, registrando incidencias y reesterilizando aquellos que no cumplen las garantías de seguridad.
6- Se solicitan a Suministros Sector Alcañiz 8 cubetas de plástico de 406 x 345 x 164 mm para almacenaje y clasificación (pendiente de su recepción). De momento se han habilitado 2 cubetas provisionales aprovechando recipientes nuevos sin tapa de material inyectable desechable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El procedimiento se ha realizado correctamente por parte del personal implicado en el proyecto en la mayoría de los casos, si bien es verdad, que en algún corto período de tiempo se habían agotado los controles químicos (ausencia de éstos durante 2 semanas en el mes de octubre). Por lo que podemos decir que "Sí" se ha implantado el proceso de mejora (indicador dicotómico).
Tras la revisión mensual de todos los paquetes durante el 2º semestre del año 2018 se han obtenido los siguientes resultados:
- El porcentaje de paquetes de material estéril sin indicador químico en este período se corresponde con el 15,21%. (No lo llevaban 42, de un total de 276 analizados).
- El porcentaje de incidencias mensuales en los registros de controles biológicos se corresponde con el 19,23% (Ha habido un total de 5 incidencias a lo largo de las 26 semanas que se han contabilizado: en 2 ocasiones no se envió el control biológico a la central, en 1 ocasión se envió sin poner fecha en el control, en 1 ocasión no se puso fecha en etiqueta adhesiva del registro y en 1 ocasión faltaba la fecha en el sobre enviado).
- Fuente: Paquetes de material esterilizado en el centro.
Registro de controles biológicos semanales (PO-05 AL(P)E).
- Método: Recuento y estadística.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos han mejorado con creces a los encontrados inicialmente (no había registros conservados desde 2016, faltaban controles químicos y/o biológicos o estaban caducados hacía meses, los diferentes materiales empleados en el proceso estaban en distintas estancias del centro, etc...)

Damos por tanto por finalizado el proyecto, ya que se ha conseguido cambiar en el centro el sistema y el circuito del proceso de esterilización (algo que era básico mejorarlo) sistematizándolo desde el lavado y desinfección hasta su propio almacenaje, en un lugar concreto y mediante unos dispositivos normalizados, dejando constancia de todo ello mediante registros, así como supervisando mensualmente el material y reesterilizando aquel que no cumplía con garantías de calidad. Manteniendo dicha línea de trabajo en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

Hay que tener en cuenta que entre las incidencias encontradas algunas se debían a la falta de material (controles químicos) por falta de previsión y/o tardanza de llegar el material de almacén, no siendo por tanto achacables a una "mala praxis" individual.
Por otro lado, 2 de las 5 incidencias acontecidas respecto al envío de control biológico semanal, ocurrieron en período estival (no realizando correctamente dicho envío y/o registro por parte de profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

eventuales que desconocían dicho procedimiento).

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1300 ===== ***

Nº de registro: 1300

Título
PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, VALERO SALAS JESUS, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, BURRIEL AGUDO OSCAR, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones asociadas al medio sanitario constituyen una causa importante de morbimortalidad, suponiendo un grave problema dentro de la línea estratégica de la Seguridad del Paciente, además de una elevación de los costes socioeconómicos para el sistema sanitario y la sociedad (aumento del gasto farmacéutico y deterioro de los instrumentos y equipos).

La limpieza, desinfección y esterilización del instrumental clínico, junto con la higiene de manos, se incluyen entre las medidas más eficaces en la prevención de las infecciones.

Analizando los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario en nuestro centro, se percibe variabilidad en las formas de actuar, así como a la hora de almacenarlo. No se dispone de una dependencia exclusiva y apropiada para estos procedimientos.

Dada su importancia, se hace preciso reforzar las actividades de sensibilización y capacitación de los profesionales en relación a la desinfección y la esterilización del material, e impulsar prácticas seguras. Encontramos por tanto oportunidades de mejora que justifican el desarrollo de un plan de mejora de la gestión de la desinfección y esterilización en nuestro centro.

El plan responde a una de las líneas de actuación de la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS 2015-2020.

RESULTADOS ESPERADOS

Como objetivo general sería mejorar la seguridad de los pacientes atendidos en nuestro centro a través de la implantación y difusión de buenas prácticas en la gestión de la limpieza, desinfección y esterilización del material sanitario, para contribuir a la prevención y control de la infección asociada a la asistencia sanitaria (IAAS), los cuidados en el CS y consultorios locales.

Como objetivos específicos serían sistematizar los procedimientos de limpieza, desinfección y esterilización en el CS, así como mejorar la capacitación de los profesionales en la gestión, seguridad y calidad de los procedimientos y difundir la cultura de la seguridad del paciente vinculada a la prevención de la infección asociada a los cuidados con instrumental.

MÉTODO

- Sesión clínica al equipo de atención primaria explicando el procedimiento de gestión de material quirúrgico estéril. Dicha sesión, la incluiremos dentro del Plan de Formación del Centro de Salud y se pedirá la acreditación de la misma.

- Taller de formación a los profesionales responsables del procedimiento (personal de enfermería). Sesión práctica, acreditada.

- Centralización del proceso de limpieza, desinfección, esterilización y almacenaje del material quirúrgico en dependencia interior del centro de salud (cuarto ya disponible, con su correspondiente fregadero y encimera). Habilitando una mesa para soporte de autoclave además de estantería con cubetas para material esterilizado y cuaderno de registro de controles de esterilización. Trasladando del cuarto de Urgencias y otras dependencias los aparatos y/o materiales implicados en dicho proceso y llevándolo a la citada sala de "esterilización".

- Realización del Proceso de Gestión de Esterilización, su descripción, con los algoritmos necesarios en el desglose del mismo.

- Registro semanal en formato papel de los controles biológicos enviados.

- Evaluación mensual tanto de las condiciones del material empaquetado y almacenado así como del cuaderno de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1300

1. TÍTULO

PROCESO DE GESTION DE ESTERILIZACION DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

controles biológicos realizados.

INDICADORES

Indicador dicotómico (Sí/No): "Implantación del proceso de mejora para gestionar y controlar el material esterilizado".

Indicadores de resultado:

- N° paquetes material estéril sin indicador químico x 100 / N° total paquetes material estéril.

Fuente de datos: Gradilla de material esterilizado.

- N° incidencias mensuales en los registros de controles biológicos x 100 / N° registros.

Fuente de datos: Carpeta de registros de control biológico.

DURACIÓN

Planificación del Proyecto: marzo 2018.

Sesión clínica al EAP: abroñ 2018.

Taller práctico a profesionales enfermería: junio 2018.

Solicitud gradillas para almacenaje de paquetes: junio 2018.

Habilitación de cuarto de esterilización y estantería: junio-julio 2018.

Registro semanal de procesos y controles biológicos: julio - diciembre 2018.

Revisión mensual de paquetes esterilizados: julio - diciembre 2018.

Evaluación de resultados: enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO PEÑALVER PARDO

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CANTIN LOPEZ ELISENDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Presentación del proyecto al EAP de Híjar:

15/01/2018. Presentación del borrador del proyecto de mejora para la sala de urgencias del Centro de Salud de Híjar como necesidad prioritaria para asegurar la disponibilidad del material necesario en la asistencia de la urgencia vital, tanto en el Centro de Salud como en las urgencias externas.

Febrero/2018. Solicitud de material básico y mobiliario dentro del Plan de necesidades anual para el centro de salud: maletines y carro de paradas.

Junio/2018, Solicitud de inclusión en el Programa de Gestión de Proyectos en el Servicio Aragonés de Salud - 2018.
1/10/2018. Exposición del procedimiento PO-06_AL (P) E "Procedimiento de organización del material de urgencias" al EAP de Híjar.

17/12/18. Información al EAP de la distribución del contenido del carro de paradas, de los maletines para la urgencia externa y del desfibrilador portátil.

2.- Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor.

Se informará al sector de las mínimas propuestas de cambio en el documento PO-06_AL (P) E "Procedimiento de organización del material de urgencias" para su revaloración.

3.- Reorganización de la sala de urgencias y de los maletines para las urgencias externas.

Septiembre 2018. Ubicación de un mueble transitorio para su empleo como carro de paradas y la distribución de su contenido.

Entre octubre y diciembre de 2018. Cambio en la disposición de la camilla, la plataforma de alza para realización de las compresiones torácicas efectiva y de calidad en la RCP, mobiliario de oficina, vitrina de fármacos y carros de curas.

Noviembre 2018. Ubicación del carro de paradas suministrado, y distribución de su contenido.

4.- Elaboración de una plantilla informática en formato de hoja de cálculo para OpenOffice, adaptada al modelo formato PO-06-1_AL(P)E, con la finalidad de optimizar los tiempos empleados en las revisiones.

Impresión de los diferentes algoritmos recogidos en el documento "Recomendaciones para la Resucitación 2015 del Consejo Europeo de Resucitación (ERC). Resumen Ejecutivo" para su disposición en la sala de urgencias y en el dossier para los maletines.

5.- Actividad de formación.

9/7/2018. Exposición con el título "Soporte vital básico" impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.

17/12/18. Información de la organización de la sala de urgencias impartida por el responsable y los otros tres componentes del equipo de mejora. El 18/02/19 repetición de la exposición referida, dirigida a las nuevas incorporaciones de personal sanitario tras el concurso de traslado de MAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

6.1 El proyecto se ha presentado al equipo: SI.

6.2 La documentación ha sido revisada: SI . Se ha comunicado al sector la propuesta de modificación: NO, se realizará al cierre de la memoria.

6.3 El área de urgencias se ha reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones de urgencia crítica : SI.

6.4 Se ha realizado la formación: SI.

6.5 Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto y medidas correctoras realizadas: SI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La reorganización del material del centro y la supervisión mensual de urgencias han aumentado la seguridad tanto de los pacientes como de los profesionales. Ha supuesto un cambio cultural que ha dado lugar a algunas incidencias que cada vez son menos gracias a la colocación de los precintos. La revisión de las recomendaciones de resucitación ha hecho que resaltemos ante el equipo estas 3 recomendaciones:

Las compresiones torácicas de alta calidad con una frecuencia de 100-120 por minuto, de profundidad adecuada (5 cm) sigue siendo esencial para mejorar los resultados de la resucitación. Las pausas de las compresiones para insuflar el tórax no deben superar los 10 segundos. Se mantiene la relación compresión:ventilación 30:2.

La desfibrilación externa automatizada en los 3-5 primeros minutos del colapso puede conseguir una tasa de supervivencia de hasta un 70%.

La rápida actuación es indispensable para la mejora de los resultados de la RCP en la parada cardiorespiratoria.

Por esto el orden y la seguridad de la disponibilidad del material de urgencias acortan el tiempo para realizar la asistencia sanitaria en las situaciones críticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1311 ===== ***

Nº de registro: 1311

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, CANTIN LOPEZ ELISENDA, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: urgencias críticas
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años disponemos en el sector del PO-06_AL(P)E "Procedimiento de organización del material de urgencias", del PO-04_AL(P)E "Procedimiento operativo de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria" y del PO-02_AL(P)E "Procedimiento operativo de control y gestión de los botiquines de medicamentos en los equipos de atención primaria", con los que se organiza lo referente a la atención a la urgencia en el centro de salud. Las recomendaciones aprobadas por el Consejo Español de RCP y el European Resuscitation Council (ERC) en relación con el soporte vital básico recomiendan revisar y actualizar, si procede, el documento que establece las instrucciones y el procedimiento para la gestión, identificación de contenidos y plan de mantenimiento del carro de paradas y maletines de urgencias en los centros de salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisión y propuesta de actualización (si procede) de los procedimientos de organización del material de urgencias y de gestión del equipamiento en los equipos de atención primaria del sector.
Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.

MÉTODO
1. Presentación del proyecto al EAP de Híjar en reunión de equipo. 1Semestre 2018.
2. Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede. 1Semestre 2018.
3. Reorganización del área urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas. 2Semestre 2018.
4. Actividad de formación (junio-octubre 2018).
a) RCP básica, durante el 2º semestre de 2018 (entre junio y octubre), impartida por D. Alejandro Bierge Valero, monitor de soporte vital básico.
b) Organización del área de urgencias, impartida por el responsable y colaboradores del proyecto.

INDICADORES
1. El proyecto ha sido presentado al equipo (si/no).
2. La documentación ha sido revisada y se ha comunicado a la dirección del sector la propuesta de modificación, si procede. (si/no)
3. El área de urgencias ha sido reorganizado para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas (si/no)
4. Se ha realizado la formación (si/no).
5. Incidencias registradas durante el desarrollo del proyecto. Medidas correctoras realizadas (si/no).

DURACIÓN
1 Semestre 2018
Difusión e información del proyecto al equipo del EAP.
Revisión de la documentación y de las nuevas recomendaciones, y propuesta de modificación al sector de los documentos en vigor, si procede.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1311

1. TÍTULO

MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION A LA URGENCIA EN EL CENTRO DE SALUD DE HIJAR

2 Semestre 2018

Reorganización del área de urgencias del centro de salud para proporcionar una atención efectiva y segura en situaciones críticas.
Actividades de formación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL
BURRIEL AGUDO OSCAR
VALERO SALAS JESUS
MEDINA MORA CRISTINA
CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL
ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un inventario con todo el instrumental quirúrgico existente en el C.S de Hajar, donde se incluía el nombre del material y la referencia, siempre y cuando fuera legible. Se desechó el instrumental que no se encontraba en un estado óptimo de conservación para poder cumplir con su cometido. Se retiraron tijeras despuntadas, pinzas oxidadas, rotas o deformadas y todo aquel material que no pudiese emplearse en la confección de los equipos de curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas. El material inservible por su mal estado se desechó y el que se encontraba en buen estado, aunque no pudiese ser empleado en estos equipos, se guardó por si fuese de utilidad en un futuro.
Se pidió nuevo material para suplir el estropeado y se confeccionaron los equipos en el calendario previsto. En dicho periodo se celebraron 4 reuniones de equipo donde se revisó todo el material, se confeccionaron los equipos y se realizó la memoria final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados conseguidos han sido buenos. Los nuevos equipos de instrumental quirúrgico confeccionados cumplen plenamente con el propósito para el que han sido diseñados: C.M.A., sutura y curas.

Se han realizado:

2 equipos de C.M.A. dotados de: 1 pinza disección Adson con dientes, 1 pinza disección Adson sin dientes, 1 tijera de Mayo pequeña recta, 1 tijera Metzembaum pequeña curva, 2 mosquitos curvos, 1 Kocher recto, 1 porta-agujas pequeño y 1 pean porta-torundas.

4 equipos de suturas con: 1 pinza de disección pequeña con dientes, 1 porta-agujas pequeño y 1 tijera de Mayo recta.

4 equipos de curas: 1 Pean porta-torundas y 1 pinza de disección sin dientes.

Se ha realizado un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (C.M.A, suturas y curas), así como de todo el material quirúrgico existente en el Centro que se usa para otros procedimientos o que ha dejado de usarse en la actualidad pero que podría ser de utilidad futura.

No hay incidencias por falta de material, material inadecuado o estropeado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la asistencia a los pacientes al disponer de equipos con todo el material necesario para realizar las intervenciones previstas: C.M.A., curas y suturas. Además la revisión de todo el material existente y la confección de los nuevos equipos ha facilitado el acceso de los profesionales sanitarios a dicho material y ha aumentado la satisfacción de estos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1330 ===== ***

Nº de registro: 1330

Título
INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENOR AMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

Autores:
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, BURRIEL AGUDO OSCAR, VALERO SALAS JESUS, MEDINA MORA CRISTINA, CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante la demanda por parte de los profesionales de enfermería y medicina de instrumental quirúrgico adecuado para la realización de diversos procedimientos como intervenciones de cirugía menor ambulatoria, curas, sutura de heridas, etc., se hace necesario abordar la revisión de todo el instrumental quirúrgico existente en el Centro de Salud de Híjar para comprobar su idoneidad para estos acometidos, así como la confección de equipos con este instrumental para facilitar la realización de estos procedimientos.
Los profesionales vienen detectando en los últimos años que el material va disminuyendo en número y que se va deteriorando por un uso excesivo y/o inadecuado. Posiblemente el inventariado del material existente en la actualidad, así como el agruparlo en diferentes equipos para procedimientos específicos, podría reportar un mayor control sobre este y un uso más adecuado del mismo.
Tras la revisión del material existente, se determinará cual se podrá aprovechar para confeccionar los nuevos equipos así como el material nuevo que habría que solicitar.
El material con el que se cuenta en la actualidad es escaso, parte de él se encuentra en mal estado y otra parte es inadecuado para los procedimientos que se realizan en atención primaria: pinzas de disección muy grandes, mucho material con dientes, tijeras inapropiadas y que no cortan, porta-agujas con la zona de agarre de la aguja desgastada, etc.
Este proyecto de mejora serviría para optimizar los recursos con los que contamos así como para hacer una previsión de pedido (nuevo material quirúrgico) más acorde con la actividad que estamos desarrollando en el centro. Esto repercutiría además en la mejor atención de los pacientes, mayor satisfacción de los profesionales de enfermería y medicina que usan este instrumental y un menor gasto económico.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la atención a todos los usuarios del C.S. de Híjar a los que se les realice cualquier práctica donde se use instrumental quirúrgico.
2. Mejorar el control y uso del instrumental quirúrgico del C.S. de Híjar.
3. Responsabilizar a los profesionales de enfermería y medicina en su control y uso.

MÉTODO

En primer lugar hay que realizar un inventariado de todo el material quirúrgico existente. Posteriormente se inspeccionará para determinar su estado así como su idoneidad para las actividades que se realizan en el centro: curas, cirugía menor ambulatoria (C.M.A.) y suturas fundamentalmente. Luego se agruparán los materiales para confeccionar diferentes equipos quirúrgicos: equipo de C.M.A., equipo de curas y equipo de sutura. Y finalmente si faltase algún material (pinza de disección, porta-agujas, tijera curva, pean, etc.) para completar los equipos se solicitaría.

Recursos materiales:

- Una plantilla en word/Excel o similar para anotar el material quirúrgico del centro.
- Un equipo del centro.
- Material nuevo para completar los equipos quirúrgicos siempre y cuando fuese necesario.

Reuniones previstas:

- Reunión previa al comienzo de la actividad de mejora para debatir algún tema de interés, dudas y estrategias de afrontamiento.
- Reunión tras la revisión e inventariado del material.
- Una o dos reuniones para determinar el estado de la confección de los equipos.
- Reunión para finalizar el proyecto previa a la memoria.
- Todas aquellas reuniones que sean necesarias ante imprevistos y para el buen desarrollo del proyecto de mejora.

INDICADORES

- nº de incidencias por falta de material, material inadecuado o estropeado en 1 año.
(Las incidencias las realizarán los profesionales sanitarios del centro a través del intranet del sector de alta salud)
- La realización de un listado con todo el material referenciado y agrupado por equipos (equipo de CMA, de curas y suturas), tanto del existente en la actualidad como del nuevo si fuese necesario pedirlo)

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1330

1. TÍTULO

INVENTARIO DEL MATERIAL QUIRURGICO Y CONFECCION POSTERIOR DE EQUIPOS PARA CIRUGIA MENORAMBULATORIA, SUTURA Y CURAS EN EL C.S. DE HIJAR

- Inventariado del material quirúrgico. Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.
- Valorar estado e idoneidad: Duración prevista 1 mes desde la aprobación de la mejora. Responsables: José Andrés Rubio del Peral, Daniel Tornos Pérez y Jesús Valero Salas.
- Confección de los diferentes equipos de instrumental quirúrgico: Duración prevista 1 mes tras la catalogación y revisión del material. Responsables: Raquel Casanovas Sevillano, Cristina Medina Mora, Marisol Artal Enfedaque y Oscar Burriel Agudo.
- Solicitud de nuevo material (si fuese preciso): Duración prevista 1 mes desde la realización de los equipos. Responsables: Marisol artal Enfedaque, Daniel Tornos Pérez y Oscar Burriel Agudo.
- Comunicación del proyecto: plan de comunicación. Tras la realización de los equipos. Responsable: José Andrés Rubio del Peral.
- Fecha prevista de inicio y finalización del proyecto: Desde la aprobación del proyecto de mejora hasta final de 2018.

OBSERVACIONES

El proyecto de mejora solo se realizará con el material disponible en la sala de urgencias del CS de Hajar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASPAR BLASCO ANTONIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1- En junio de 2018 se realiza una sesión informativa al Equipo en la que se da a conocer la "Estrategia de Atención Comunitaria en Aragón", explicando sus objetivos, finalidad y elementos participantes.
- 2- Se mantiene una reunión al finalizar el curso 2017-18 (junio 2018) con el Equipo Docente y Dirección del CEIP Luis Turón de Híjar, a fin de sugerir y diseñar un calendario de actividades para el curso 2018 - 19 con los alumnos del centro teniendo como temática la "Importancia de la Alimentación Saludable y el Ejercicio en la infancia", quedando a su disposición y concretando una reunión a la vuelta del verano y con el inicio del nuevo curso.
- 3- En julio se reparten cuestionarios a los profesionales sanitarios de los dos núcleos más poblados de la ZBS (Albalate del Arzobispo e Híjar), para recabar información sobre "iniciativas, instituciones y/o colectivos que realizan actividades de promoción de la salud en el territorio".
- 4- En otoño se solicita información en dos ocasiones al Coordinador del centro acerca del estado del Consejo de Salud de Zona (ya que oficialmente éste ostenta la Secretaría de dicho Órgano de Participación), y si está paralizado se le sugiere la reactivación del mismo.
- 5- En el mes de octubre el responsable del proyecto acude al CS Alcañiz en calidad de "Referente Comunitario" del centro, a la reunión informativa acerca de "Activos en Salud" que se da a conocer al Sector de Alcañiz por parte de Sanidad y de la Estrategia de Atención Comunitaria, presentando el protocolo y la herramienta disponible en OMI, a fin de ir haciendo un "Mapa de Activos" en nuestro territorio.
- 6- En ese mes se establece también contacto con el IES Pedro Laín Entralgo ya que por iniciativa de una profesora del centro se nos solicita la posibilidad de dar a los alumnos un taller sobre "Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Vital Básico".
- 7- Dados los procesos de movilidad y concursos de traslados que afectan a diferentes trabajadores durante el otoño y culminando en enero de 2019, se decide posponer dichas reuniones y/o actividades hasta la resolución de los mismos, retomándolas a finales de enero de 2019, tras la llegada de la nueva pediatra.
- 8- A finales de enero se reestablece contacto con el Instituto de Híjar y se decide crear un grupo de trabajo para realizar charlas - talleres sobre Soporte Vital Básico y RCP en el centro escolar, fijando el inicio de dichas actividades en la primavera de 2019, presentándolo como Proyecto de Mejora de Atención Comunitaria para el ejercicio 2019 y dando así continuidad a nuestra "Agenda Comunitaria".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Presentación de la Estrategia Comunitaria de Aragón:
100% del equipo médico del centro (8 MAP y 1 Pediatra), además de a 1 MAC.
85% del personal de enfermería (6 de 7 EAP), además de a 2 EAC.
100% del Trabajador Social (1).
Superando por tanto el estándar marcado (>80%).
- Se entregaron 5 cuestionarios a los profesionales sanitarios de los municipios de Albalate e Híjar (los cuales, habiéndose respondido 3 de ellos (60%). Estándar marcado >50%.
- Se mantienen 2 reuniones con agentes intersectoriales (Equipo docente del colegio Luis Turón y Profesora de Biología Elena Montori del IES Pedro Laín Entralgo de Híjar.
- No se ha podido presentar la Estrategia Comunitaria al Consejo de Salud de Zona, ya que no se ha celebrado el mismo.
- Sí se ha puesto en marcha un proyecto de Educación, pero en lugar de ser en el CEIP Luis Turón, se va a realizar en el IES Pedro Laín Entralgo de Híjar, comenzando en este año 2019. Dicho cambio se deriva de la mayor iniciativa
- implicación de éste último en relación con estas actividades.
- Fuentes: Profesionales del EAP CS Híjar.
Cuestionarios sobre "iniciativas de promoción de la salud".
Profesorado del CEIP y el IES de Híjar.
Coordinador médico de Híjar.
- Metodología: Reuniones, sesiones y cuestionarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a los problemas mencionados de movilidad del personal, a la celebración de oposiciones en período otoñal y a la escasa motivación - implicación en un primer momento por parte de los profesionales del equipo, no se han podido llevar a cabo todas las acciones contempladas hasta la llegada de nuevos integrantes recién incorporados al equipo.

Así mismo, no se han podido identificar necesidades ni diseñar nuevas estrategias de actuación dado que no se ha celebrado el Consejo de Salud de Zona, importante órgano de participación de los agentes intersectoriales en cuanto a Salud Comunitaria y Promoción de la Salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

Dado que ya se han planificado talleres formativos sobre SVB y RCP básica en el Instituto, esperamos poder poner en marcha a lo largo de este año el desarrollo de la Agenda Comunitaria de nuestro centro, con nuevas iniciativas y acciones a desarrollar, así como conseguir reactivar y celebrar el Consejo de Salud de Zona a lo largo de este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1532 ===== ***

Nº de registro: 1532

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

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, GASPAS BLASCO ANTONIO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial. La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.
- Identificar los distintos recursos y Activos en Salud de la zona.
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

MÉTODO
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre "iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entorno de Salud Comunitaria.
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.
- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

INDICADORES
- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- Nº de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

- Nº de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis Turón de Híjar.

DURACIÓN

- Planificación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASPAR BLASCO ANTONIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
MEDINA MORA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR
GIL MARIN MARIA DEL MAR
TORO SEGOVIA MARITZA
GRACIA TORRALBA LORENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- En marzo de 2019 se presenta en la Plataforma de Programas de Apoyo de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud el proyecto "Salvemos Vidas desde el Instituto: Taller de RCP y Soporte Vital Básico", previa información y solicitud de colaboradores ante el Equipo de Atención Primaria. En dicho proyecto participan 8 miembros del equipo: 2 EAC (Raquel Casasnovas Sevillano y Cristina Medina Mora), 2 MAC (Elisenda Cantín López y María Royo Blesa), 1 MAP (Julián Laguna Sarria), 1 Pediatra (M^a Mar Gil Marín) y 2 EAP (José Andrés Rubio del Peral y Daniel Tornos Pérez, responsable del mismo). A lo largo del año se realizan 7 talleres entre el Instituto de Educación Secundaria Pedro Laín Entralgo de Híjar y el Colegio Román García de Albalate del Arzobispo. Los talleres fueron dirigidos a alumnos de 6º de Primaria, de 1º y 4º de ESO. Se realizaron 3 talleres en marzo, 1 taller en mayo y otros 3 talleres en diciembre, abarcando por consiguiente 2 cursos escolares (2018-19 y 2019-20). En total han recibido los talleres 192 alumnos, de edades comprendidas entre los 12 y los 16 años. Para llevar a cabo dichos talleres ha sido fundamental la implicación de otros miembros del equipo que participaban indirectamente, cubriendo a los profesionales que impartían los talleres al tener que realizarlos en horario escolar (por las mañanas en días lectivos). También ha sido fundamental la colaboración y el compromiso de la Dirección, Jefatura de Estudios y profesorado implicado de los centros educativos. Los detalles de dicho proyecto se pueden ver en la Memoria del mismo (Memoria 2019/0852 de la presente convocatoria).

2- El día 3 de abril Daniel Tornos mantiene reunión en el centro de salud con Quino Monzón (Técnico de Deportes del Ayuntamiento de Híjar) y Javier Abad (Técnico de Deportes de la Comarca Bajo Martín), para dar a conocer la Estrategia Comunitaria de Aragón y la Recomendación de Activos, ya que éstos son responsables de diversas actividades que valoramos positivamente los profesionales del equipo implicados en la "Acción Comunitaria" desde el punto de vista de la "promoción de la salud", los cuales se muestran participativos y dispuestos a colaborar en todo momento.

3- El día 8 de abril se mantiene reunión en el centro de salud con diversos profesionales del Equipo, a solicitud de Daniel Tornos, para informar de la Estrategia Comunitaria en Aragón y de la necesidad de crear un Grupo de Trabajo de Comunitaria en el centro, según indicación de la Dirección General del Salud, tal y como se aconsejó en el "Taller de Formador de Formadores en Estrategia de Atención Comunitaria: Agenda Comunitaria y Recomendación de Activos para la Salud", al cual asistió Daniel Tornos en Zaragoza el día 27 de marzo, junto a otras dos enfermeras del Sector (Ana M^a García - CS Andorra y Silvia Rico - CS Más de las Matas), siendo éstos el equipo encargado de transmitir la formación del mismo al resto de equipos de Atención Primaria del Sector Alcañiz, apoyados por la Directora de Enfermería de AP del Sector (Dña. M^a Dolores Llorens Palanca). Por lo que tras informar sobre el mismo se procede a constituir el Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria (en adelante G.T.A.C) en el CS Híjar, quedando el mismo integrado por: Dña. M^a Mar Gil Marín (pediatra), D. José Andrés Rubio del Peral (enfermero), D. Julián Laguna Sarria (médico), Dña. Raquel Casasnovas Sevillano (enfermera), D. Antonio Gaspar Blasco (trabajador social), Dña. Carmen Hurtado (matrona), D. Antonio Pablo Martínez Barselo (médico y coordinador del centro) y D. Daniel Tornos Pérez (enfermero y referente comunitario del equipo). Se establece mantener la siguiente reunión en junio.

4- A lo largo de abril se envían cartas de presentación del G.T.A.C. a la Comarca del Bajo Martín y a los Ayuntamientos de Híjar y Albalate del Arzobispo, con intención de seguir enviando al resto de instituciones y corporaciones locales existentes en la comarca. Además se crea y se informa de la dirección de correo electrónica del grupo, para mantener cualquier contacto (mail: saludhijarte@gmail.com)

5- El 15 de abril, Antonio Gaspar (Trabajador Social) y Daniel Tornos (enfermero), mantienen reunión en la sede de la comarca con trabajadoras sociales del Servicio Social de Base (Anabel López, M^a José Sanz, Gemma Martín), para informar y dar a conocer la Estrategia de Atención Comunitaria de Salud, la creación del G.T.A.C. en el CS Híjar y la intención de establecer acciones conjuntas y recomendación de activos.

6- El lunes 13 de mayo se realiza una sesión formativa y acreditada de 2 h. al Equipo del CS Híjar, dirigida a todos los profesionales del mismo, asistiendo un total de 19 personas (MAP, Pediatra, MAC, EAP, EAC y Trabajador Social), para dar a conocer la Estrategia de Atención Comunitaria y el funcionamiento de la Agenda Comunitaria como herramienta, dicho taller fue impartido por Ana García (enfermera del CS Andorra) y Daniel Tornos, y apoyado por Dña. M^a Dolores Llorens (Directora de Enfermería del Sector).

7- El 18 de junio se realiza la 2ª Reunión del G.T.A.C., informando de las acciones realizadas desde abril, además, se incorpora al Grupo Dña. Maritza Toro (matrona), en lugar de Carmen Hurtado, que abandona el centro en mayo para trabajar en otro lugar.

8- El 19 de junio Daniel Tornos imparte una charla en el Hogar del Pensionista de Híjar, sobre "Alimentación y Conservación de Alimentos" dirigida a población adulta en general, dentro del programa de actividades de la "Semana Cultural" que organiza la Asociación "Culturhijarte" en el municipio. Asisten una veintena de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

personas, con buena acogida. Se establece seguir colaborando con ellos en próximos eventos.

9- A finales de junio Raquel Casasnovas (enfermera) presenta en la Plataforma de Programas de Apoyo de Mejora de la Calidad en el Servicio Aragonés de Salud el proyecto "Paseos Saludables por Híjar", el cual se desarrolla desde julio hasta diciembre, realizándose todos los lunes en horario de 8:00 a 9:00, siempre que el tiempo lo permite, dirigido a población adulta en general y con patología crónica (HTA, DM, IC, osteoporosis, hipercolesterolemia...). En dicho proyecto han participado una media de entre 10 - 15 personas a diario, siendo valorada positivamente la actividad por éstos y mejorando sus cifras tanto de peso como de tensión arterial. Los detalles y resultados de este proyecto se pueden visualizar en la Memoria del mismo (2019/1207 de la presente convocatoria).

10- Entre junio y julio se sube en el blog de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón la actividad "Paseos Saludables por Híjar" como "Activo en Salud" propio del centro, para poder ser recomendado por profesionales del equipo. Siendo favorable su validación por parte de la Coordinadora de la Estrategia y siendo visible en la herramienta informática OMI desde septiembre. También ocurre lo mismo con la Agenda Comunitaria del CS Híjar, que se publicó a lo largo del verano y vio el visto bueno.

11- En octubre se pone en marcha el "Grupo de Crianza", dirigido a todas las madres de la zona con hijos menores de 12 meses, como espacio de encuentro donde aprender y compartir experiencias tanto a madres y padres que quieran participar y resolver sus inquietudes, favoreciendo un desarrollo saludable y apoyando el proceso de maternidad/paternidad. Dichos talleres son dirigidos por la matrona (Maritza Toro) los miércoles de 13:00 a 15:00, siendo puntualmente apoyados por el equipo de pediatría.

12- En octubre se envían cartas a diferentes agentes sociales e instituciones de la ZBS para informar de la intención de reactivar y constituir un nuevo Consejo de Salud de Zona, ya que llevaba varios años sin actividad, a fin de que designen un representante de los mismos para su constitución; se contacta con Comarca, Ayuntamientos, sindicatos, centros educativos, asociaciones y profesionales sanitarios locales. Como resultado se fija fecha y se realiza la constitución del Consejo de Salud de Zona de Híjar el día 19 de noviembre, realizándose en la sala de reuniones del centro de salud y asistiendo los siguientes representantes:

- D. Jesús Antonio Puyol Adell (Ayto. de Híjar)
- Dña. Isabel Arnas Andreu (Ayto. de Albalate del Arzobispo)
- D. José Luis Álvarez Prados (Ayto. de La Puebla de Híjar)
- D. Esteban Pamplona Lafaja (Ayto. de Urrea de Gaén)
- Dña. Gema Martín Ígado (Servicio Social de Base Comarcal)
- Dña. Clara Monforte (Veterinaria de Zona)
- Dña. María Elena Meseguer Laplana (Consejo Escolar)
- Dña. Asunción Dosset (Farmacéutica de Híjar)
- D. Francisco José Serrano Elizaguerra (Sindicato UGT)
- D. Carmelo Daniel Tornos Pérez (miembro EAP Híjar)
- D. Antonio Pablo Martínez Barseló (Secretario del Consejo)

13- El 26 de noviembre, Cristina Medina y Daniel Tornos (enfermeros) imparten unas charlas en el colegio de Urrea de Gaén y el de Vinacete (ambos pertenecientes al CRA Bajo Martín), sobre "Alimentación Saludable y Aparato Digestivo", previa solicitud de la Jefa de Estudios del centro (Dña. Natalia Gazulla Serón). Dirigido a niños de Primaria de edades comprendidas entre 6 y 10 años.

14- En diciembre se incorpora a los talleres del proyecto "Salvemos Vidas desde el Instituto" la nueva pediatra del centro, Lorena Gracia Torralba.

15- En diciembre también se analizan los resultados de los diferentes talleres, proyectos y actividades comunitarias realizadas a lo largo del año y se elaboran los borradores de las correspondientes memorias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- La Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón, así como la presentación de la "Agenda Comunitaria" como herramienta y espacio donde visibilizar todas las acciones comunitarias que se realicen desde el Centro de Salud y la importancia de identificar y recomendar diferentes "Activos en Salud" de la zona, ha sido presentada en diferentes sesiones al 100% del personal que trabaja en el EAP Híjar, incluyendo al personal de Atención Continuada, superando por tanto el estándar marcado (> 80%).

- Se han mantenido un total de 7 reuniones con agentes intersectoriales (Servicios Sociales de Base de la Comarca Bajo Martín, Técnico de Deportes de la Comarca Bajo Martín, Técnico de Deportes del Ayuntamiento de Híjar, Equipo Docente del IES Pedro Laín Entralgo de Híjar, Equipo Docente del CP Román García de Albalate del Arzobispo, Directora del CRA Bajo Martín y representantes de la Asociación Cultural Culturhijarte de Híjar).

- A lo largo del año 2019 se han puesto en marcha 2 proyectos de actividad comunitaria en la ZBS: "Salvemos Vidas desde el Instituto" y "Paseos Saludables por Híjar", con gran interés por parte de los profesionales implicados y buena aceptación de la población a la que han sido dirigidos. Continuando con dichas actividades ya instauradas en nuestra zona de salud. Además, se ha publicado la Agenda Comunitaria del centro, dentro de la Estrategia de Atención Comunitaria de Aragón.

- Por tanto, se ha conseguido dar a conocer la importancia que tiene en nuestro sistema la realización de este tipo de actividades además de implicar a un número considerable de profesionales dentro del equipo, hecho de importante relevancia teniendo en cuenta que hace apenas un año la actividad comunitaria era prácticamente inexistente, y si la había no se visibilizaba.

- La metodología utilizada para llevar a cabo todas las actividades han sido reuniones, sesiones, talleres apoyados con material práctico y medios audiovisuales, además de realización de diferentes cuestionarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como responsable del proyecto, gracias al apoyo del Grupo de Trabajo de Atención Comunitaria del centro y del resto de profesionales que han permitido "dejar hacer", se valora positivamente todas las acciones emprendidas a lo largo del ejercicio 2019, dando continuidad en adelante a los proyectos realizados e invitando a nuevos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

profesionales que se han incorporado recientemente a formar parte del grupo de trabajo y a liderar o participar en nuevos proyectos de interés comunitario. Del mismo modo, esperamos poder seguir avanzando en adelante en el desarrollo del Consejo de Salud de Zona con una nueva reunión en este primer trimestre, donde se visibilizará la acción comunitaria del centro y se abrirá un espacio para poder abordar nuevos retos e inquietudes que puedan surgir desde los agentes intersectoriales. Vamos a seguir desarrollando la Agenda Comunitaria y a lo largo de este año incorporando además nuevos "Activos en Salud" que podamos recomendar desde nuestras consultas, dada la relevancia que tienen para mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios, bien sean actividades propias del centro o bien de otros agentes del entorno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1532 ===== ***

Nº de registro: 1532

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

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, GASPAR BLASCO ANTONIO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, MEDINA MORA CRISTINA, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El desarrollo del Servicio de Atención Comunitaria debe ser un pilar fundamental y estratégico que forme parte de la cartera de servicios de nuestro centro. Desarrollar dicha estrategia implica una serie de acciones organizativas y formativas por parte de los profesionales de Atención Primaria. Sabemos que en nuestro medio se realizan distintas acciones e iniciativas relacionadas con la salud (bien por iniciativas individuales de profesionales o bien por otros activos en salud), pero no están reflejadas ni contextualizadas en el organigrama de nuestro centro, así como publicitadas en el Consejo de Salud de Zona, siendo éste un órgano de participación esencial. La creación de una agenda comunitaria dará visibilidad a las distintas acciones e iniciativas que se vienen realizando por parte de los distintos profesionales y que no quedan registrados en ningún tipo de documento y también ayudará a fomentar de forma activa la participación ciudadana en temas de salud y a generar entornos y estilos de vida saludables.

RESULTADOS ESPERADOS
- Analizar las necesidades reales de la población de la zona de salud en materia de Educación y Salud Comunitaria.
- Creación de un Grupo de Trabajo en el centro de salud y la elaboración posterior de la Agenda Comunitaria.
- Identificar los distintos recursos y Activos en Salud de la zona.
- Establecer líneas de trabajo conjuntas entre el centro de salud y el colegio de Híjar (CEIP Luis Turón) con actividades formativas a sus alumnos, entendiendo la escuela como pieza clave para el aprendizaje de hábitos saludables.

MÉTODO
- Sesiones formativas presentando la Estrategia Comunitaria a los miembros del Equipo de Salud.
- Reparto de cuestionarios a profesionales responsables de cada localidad sobre "iniciativas o actividades de promoción de la salud que se realicen en su zona".
- Establecer contacto con Ayuntamiento, Consejo de Salud, Trabajador Social, Residencias, Comarca, colegio, instituciones y asociaciones para crear un entorno de Salud Comunitaria.
- Análisis de los datos obtenidos de las distintas reuniones para dar una respuesta a la demanda real por parte de los miembros del proyecto.
- Diseño físico de la Agenda Comunitaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1532

1. TÍTULO

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

- Puesta en marcha de la Agenda Comunitaria.

INDICADORES

- % de profesionales del EAP a los que se ha presentado la Estrategia Comunitaria (> 80%).
- N° de cuestionarios entregados y respondidos (> 50%).
- N° de reuniones mantenidas con los distintos agentes intersectoriales.
- Indicador dicotómico (Sí/No): "¿Se ha presentado la Estrategia Comunitaria en el Consejo de Salud de Zona?".
- Indicador dicotómico (Sí/No): Puesta en marcha de un proyecto de Educación Comunitaria en el CEIP Luis Turón de Híjar.

DURACIÓN

- Planificación del proyecto: Junio 2018.
- Sesión informativa al EAP: Junio 2018.
- Reunión con Equipo Directivo del CEIP Luis Turón de Híjar: Junio 2018.
- Establecimiento de contactos comunitarios intersectoriales, incluyendo Consejo de Salud de zona: Julio a Octubre 2018.
- Análisis de los datos obtenidos en los distintos encuentros: Noviembre 2018.
- Diseño de la agenda y actividades a desarrollar: Diciembre 2018.
- Puesta en marcha de la Agenda: Enero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0694

1. TÍTULO

INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR LAZARO GRACIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO
CASAMIAN GUERRERO ASUNCION
ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL
MARTINEZ BARSELO ANTONIO
LAGUNA SARRIA JULIAN
CARMANIU TOBAL JORGE
GONZALEZ ALGAS JULIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con el objetivo de integrar la práctica de la cirugía menor ambulatoria (CmA) en el centro se creó una agenda en OMI-AP, dos miércoles x mes, en horario de 12:30 a 14:15 h
Se estableció un máximo de 5 pacientes.
Dicha actividad se realizaría en la Sala de Urgencias del CS Híjar.

Los pacientes fueron captados en las consultas de AP (MAPs y EAPs) donde se abría un Episodio en OMI-AP si la lesión era susceptible para ello (en base a Protocolo CmA existente en el propio programa OMI) y se iniciaba una derivación que se presentaba en administración del centro, para ser citados en la agenda específica.

En principio, se pensó adjuntar todos los anexos inherentes la proceso asistencial : valoración prequirúrgica, consentimiento informado, información postquirúrgica ... en una carpeta en el escritorio (para acceso general a todos los profesionales),pero finalmente fueron los profesionales que asumieron la CmA, los que una vez en dicha consulta, entregaban la documentación e información pertinente (valoración pre-IQ, técnica -IQ, Consentimiento informado y atención post-IQ)
También dichos profesionales asumían la derivación a atención especializada, si así lo creían oportuno, cómo la solicitud de estudio anatomopatológico en caso de necesitarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros objetivos a alcanzar eran:

-Tiempo medio de demora para realizar la intervención en cada EAP (< 21días):

El 100% conseguido

-Número de intervenciones anuales realizadas: 17 procedimientos de CmA:

- 3 Queratosis Seborreicas

- 3 Queratosis Actínicas

- 3 Fibromas Péndulo

- 2 Berrugas Plantares

- 1 Berruga vulgar

- 2 Carcinomas Basocelulares

- 1 Nevus melanocítico

- 1 Cuerno corneo

- 1 lipoma

-% de infecciones postquirúrgicas observadas /nº total de intervenciones realizadas

- 3 infecciones /17 realizadas

-% de dehiscencias de suturas observadas /nº total de intervenciones realizadas

-1 dehiscencia /17 realizadas

-Encuesta de satisfacción a los usuarios con periodicidad regular.

-100% de satisfacción del usuario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que si bien la casiística que exponemos no es muy significativa, ni refleja demasiada actividad en CmA en el año 2019, estamos en buen camino para años venideros.

Realmente el circuito era mucho más ambicioso en objetivos y metas pero hemos tenido muchos problemas para la puesta en marcha del mismo.

Desde problemas personales (que dejarón x un tiempo déficit de profesionales a cargo de CmA) a problemas técnicos (ausencia de material pertinente para determinados actos quirúrgicos).Además el proyecto ya se planteó para +/- 9 meses, comenzando casi en primavera.Por lo cuál, entre los problemas previos arriba descritos más el periodo estival (que tampoco es el más idóneo para hacer CmA),el TIEMPO DE CONSECUCIÓN ha quedado prácticamente limitado a 3 MESES.

Consideramos que la CmA es viable en AP y supone una gran satisfacción tanto para el usuario (cómo así nos lo han reflejado) como para el profesional.

7. OBSERVACIONES.

Para este año,con el circuito mejor integrado en nuestra práctica habitual, esperamos que la tasa de actividad sea bastante superior.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0694

1. TÍTULO

INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

*** ===== Resumen del proyecto 2019/694 ===== ***

Nº de registro: 0694

Título
INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

Autores:
LAZARO GRACIA PILAR, CASAMIAN GUERRERO ASUNCION, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, PEÑALVER PARDO JUAN ANTONIO, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, LAGUNA SARRIA JULIAN, CARMANIU TOBAL JORGE, GONZALEZ ALGAS JULIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace más de 20 años, la Cirugía Menor, se define como "aquellos procedimientos quirúrgicos que tienen en común ser procedimientos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, baja anestesia local, que tienen bajo riesgo y tras los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas" (Menon, NK. Minor Surgery in general practice. The Practitioner 1986;230:217-9)

En España, la Cirugía Menor, se encuentra incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria desde 1995 (RealDecreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud y mantenida en el Real Decreto 1030/2006 sobre Cartera de Servicios Comunes)
La Cirugía Menor constituye una de las áreas básicas en la formación del médico de familia, siendo considerada una habilidad fundamental en el programa de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
La revisión de diferentes publicaciones en España en los últimos años, avalan la viabilidad de la implantación de la CM en AP, porque consigue disminuir las listas de espera para Cirugía General y Dermatología, se obtiene una elevada concordancia clínico-patológica y se aumenta la satisfacción, tanto de los usuarios como de los profesionales.
Además su práctica es costo-efectiva, estimando que reduce entre un tercio y la mitad el gasto sanitario imputable a los mismos procedimientos, realizados en unidades quirúrgicas especializadas.
Todo ello refuerza que sea Atención Primaria el lugar idóneo donde realizar procedimientos quirúrgicos sencillos.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.Integrar procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria en la actividad médica habitual del CS Híjar
- 2.Proporcionar a los profesionales de Atención Primaria una herramienta útil para la realización de Cirugía Menor
- 3.Tratar todas las patologías incluidas en la cartera de servicios susceptibles de ser realizadas en Atención Primaria
- 4.Mejorar la calidad de servicio al usuario, con mayor accesibilidad a los procedimientos de cirugía menor

MÉTODO

1. CREACIÓN DE UNA AGENDA DE CIRUGIA MENOR

Se realizará los miércoles de 12: 30h a 14:15h en en la Sala de Urgencias del CS Híjar. Se citarán 5 PACIENTES como máximo.

2. CREACIÓN DE UNA CARPETA DE CIRUGIA MENOR.

Se abrirá una carpeta en OMI-AP con todos los documentos inherentes al proceso asistencial quirúrgico (anexos 1, 2, 3,4 y 5) para mayor accesibilidad a todos los profesionales del equipo.

3. LESIONES susceptibles de cirugía menor:

- Herida cutánea
- Absceso cutáneo
- Dermatofibroma.Quiste epidérmico.Quiste mucoide
- Verruga. Molluscum contagiosum. Fibroma blando/péndulo
- Uña incarnata, panadizo
- Queratosis actínica. Queratosis seborreica
- Lipoma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0694

1. TÍTULO

INPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CIRUGIA MENOR AMBULATORIA EN EL CS HIJAR

4. CAPTACIÓN DE PACIENTES

Los pacientes serán captados en las consultas de AP (MAPs y EAPs) donde se valorará la indicación de su intervención.

Se abrirá un Episodio en OMI-AP que inicie una derivación a Cirugia Menor Ambulatoria y se efectuarán los siguientes pasos:

- Cumplimentar hoja de valoración quirúrgica (Anexo 1).
- Informar y entregar al paciente el consentimiento informado, con la información prequirúrgica documentada (Anexo 2).
- El paciente podrá revocar su consentimiento al procedimiento, si así lo desea (Anexo 3)

5 . EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

Será imprescindible que el paciente aporte el consentimiento informado debidamente firmado. Una vez intervenido:

-Se entregará la hoja informativa post-intervención (Anexo 4).
Si se cursa AP, se utilizará la hoja para estudios anatomo-patológicos del Hospital de Alcañiz. El informe constará en la HCE y se enviará copia al médico de familia, y/o paciente.

6. SEGUIMIENTO DESPUÉS DE LA INTERVENCIÓN

Se realizará en el centro de salud, excepto en aquellos pacientes que hayan sido derivados a atención especializada por:

- Diagnóstico incierto, falta de conocimientos o de material necesario para la intervención.
- Resultado histológico informado como lesión maligna.
- Presencia de alguna complicación no asumible por AP

INDICADORES

- Tiempo medio de demora para realizar la intervención en cada EAP
- Número de intervenciones anuales realizadas.
- % de infecciones postquirúrgicas observadas /nº total de intervenciones realizadas
- % de dehiscencias de suturas observadas /nº total de intervenciones realizadas
- Encuesta de satisfacción a los usuarios con periodicidad regular.

DURACIÓN

Duración 9 meses. Desde 04/2019 a 12/2019 (fechas "variables" en dependencia de la disposición o/no del material necesario)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0852

1. TÍTULO

SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE CARMELO DANIEL TORNOS PEREZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAGUNA SARRIA JULIAN
CANTIN LOPEZ ELISENDA
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL
ROYO BLESIA MARIA
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
MEDINA MORA CRISTINA
GIL MARIN MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 7 talleres a lo largo de este año, entre el Instituto de Educación Secundaria Pedro Laín Entralgo de Híjar y el Colegio Público Román García de Albalate del Arzobispo, habiéndose acordado previamente las fechas con la Dirección de cada centro escolar, con los profesores implicados y con la disponibilidad de los profesionales participantes del Equipo de Atención Primaria. Dichos talleres se distribuyeron de la siguiente manera:

IES Pedro Laín Entralgo (Híjar):

Se realizaron 2 talleres el 12 de marzo de 2019 de 90' de duración cada uno, dirigidos a los alumnos de 1º ESO (36 alumnos) y de 4º ESO (38 alumnos). (Curso Escolar 2018-2019)
Se realizaron 2 talleres el 18 de diciembre de 2019; 1º ESO (27 alumnos) y 4º ESO (45 alumnos). (Curso Escolar 2019-20)

C.P. Román García (Albalate):

Se realizaron 2 talleres durante el Curso Escolar 2018-19: uno el 15 de marzo de 2019 a 6º Primaria (16 alumnos) y otro el 28 de mayo de 2019 a 1º ESO (15 alumnos).
Se realizó un taller durante el Curso Escolar 2019-20: el 17 de diciembre de 2019, dirigido a 6º de Primaria (15 alumnos).

El equipo docente de cada taller estaba compuesto por 2, 3 ó 4 sanitarios componentes del proyecto, siempre había representación médica y de enfermería.

Con un mes de antelación se fijaban las sesiones, ya que había que coordinar las actividades docentes del centro y disponibilidad de salas, bloquear agendas de los profesionales sanitarios implicados y proveer qué compañeros les cubrían, así como reservar los maniqués de simulación en la Unidad de Formación del Sector de Alcañiz. Además de los maniqués, se llevaba material fungible del centro de salud (gasas y desinfectante sanitario) ya que no se disponía de mascarillas desechables para realizar el "boca-boca".

Se realizaba el taller según lo previsto: un cuestionario inicial con 6 preguntas y 4 alternativas de conocimientos previos (Anexo I), una exposición con P.Point de 30 ' de duración, un taller práctico de unos 30-45' para finalizar con un test de conocimientos posterior que era el mismo que el inicial pero habiendo cambiando el orden de preguntas y el de respuestas y un "test de satisfacción de la actividad docente" (Anexo II). Las fotocopias de los cuestionarios eran asumidas por el propio centro educativo, así como el soporte informático y las aulas para escenificación.

El número total de alumnos ha sido de 192: 31 de 6º Primaria, 78 de 1º ESO y 83 de 4º ESO.

Tras la realización de cada taller, se analizaban los resultados y se emitía un informe por cada actividad, que se entregaba a la Dirección del centro educativo, con los resultados obtenidos (evaluando tanto conocimientos técnicos adquiridos como el grado de satisfacción de la actividad), conclusiones y valoración por parte del grupo responsable del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según los indicadores planteados y analizados los resultados globalmente, obtenemos los siguientes resultados:

Al inicio de la actividad observamos que un 11,72% de los alumnos obtenía una puntuación total menor del 50% (menos de 3 respuestas acertadas) de conocimientos, mientras que el porcentaje de alumnos que alcanzaba una nota superior al 50% (3 ó más respuestas acertadas) era del 28,94%.

Sin embargo, tras la realización del cuestionario posterior al taller, el porcentaje de alumnos que respondía por debajo del 50% de conocimientos ha sido del 2,63%, y el de alumnos que han obtenido un porcentaje de conocimientos superior al 83,3 % (5 ó 6 respuestas acertadas) ha sido del 92,1%.

En líneas generales, partían con una base del 64,47% de los conocimientos y al finalizar el taller han adquirido el 90,79% de conocimientos, lo que implica que aumentaron en un 26,32% su nivel de conocimientos, destacando como ya se ha dicho, que un 92,1% ha obtenido una puntuación igual o superior a 8,33.

En cuanto al "Grado de Satisfacción de la Actividad Docente" hay que destacar los siguientes resultados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0852

1. TÍTULO

SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

El 98,57% de los alumnos ha considerado "muy útil o útil" la actividad
El 99,28% ha considerado las explicaciones "muy claras o claras"
El 98,57% ha considerado que se fomentaba "mucho o bastante" la participación.
El 97,42% considera "muy recomendable o recomendable" el taller.
Y el 77,07% "sí que repetiría" la actividad, el 23,47% "no lo sabe" y un 2,53% dice que "no".

Para analizar estos resultados se han contabilizado y cuantificado las respuestas de los cuestionarios entregados, todos ellos han sido anónimos, cada cuestionario se codificaba mediante un código numérico asignado a cada alumno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el Grupo de Comunitaria del Centro de Salud de Híjar consideramos una labor muy importante el poder desarrollar e instaurar estos talleres con periodicidad anual en los centros educativos, demostrando así la importancia que tiene adquirir estos conocimientos por la población desde pequeños y desde la escuela, empoderando así a la ciudadanía en la toma de decisiones y en la salvaguarda de la población ante situaciones críticas y de compromiso vital, promoviendo por tanto los Cuidados en Salud y promocionando así una mejor Calidad de Vida en la Comunidad.

Esperamos que en próximas ediciones los resultados sean igual o tan buenos como los obtenidos durante este año.

Como medida de mejora creemos que en grupos de más de 30 personas convendría realizar dos talleres, ya que en 90' se queda bastante escaso el tiempo para realizar la parte práctica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/852 ===== ***

Nº de registro: 0852

Título
SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

Autores:
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL, LAGUNA SARRIA JULIAN, CANTIN LOPEZ ELISENDA, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, ROYO BLESA MARIA, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, MEDINA MORA CRISTINA, GIL MARIN MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología: Situaciones de compromiso vital debido a causas externas.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Aumentar la capacidad de decisión y resolución de la población ante contingencias que pueden presentarse a lo largo de la vida, en relación con las posibles amenazas hacia la salud individual o comunitaria, se conoce en Atención Comunitaria con el término "empoderamiento". Siendo aquí donde la Educación para la Salud juega un papel importante, mediante el adiestramiento de individuos en técnicas eficaces y eficientes para el afrontamiento de problemas que puedan presentarse.

El 60% de los paros cardíacos se producen en presencia de testigos y menos del 30% de las PCR extra hospitalarias son reanimadas inicialmente por la población general. La instauración de maniobras de RCP básica por las personas que han presenciado el paro aumenta en siete veces las posibilidades de supervivencia.

La RCP básica precoz mejora el pronóstico de la PCR tanto en niños como en adultos. Es necesario que las personas que atienden inicialmente al individuo que ha sufrido una PCR realicen RCP básica hasta que lleguen los servicios de emergencias.

Enseñar y preparar a la población adolescente en el manejo de estas técnicas es importante debido a varios factores:

- La fortaleza física que presentan los niños mayores de 13 -14 años permite que realicen las compresiones

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0852

1. TÍTULO

SALVEMOS VIDAS DESDE EL INSTITUTO: TALLER DE RCP Y SOPORTE VITAL BASICO

torácicas con la misma calidad que los adultos.

- Los adolescentes tienen una gran posibilidad de atender a víctimas en otros escenarios y cabe la posibilidad de que en la vida adulta, esos conocimientos sean también útiles.

- Implementar en los centros escolares la docencia de la reanimación y apoyarla con estrategias de recuerdo supondría la universalización de estas habilidades en el futuro.

Se decide realizar esta actividad con los alumnos de 1º y 4º curso del Instituto de Enseñanza Secundaria de Híjar, dado que centraliza la educación de los adolescentes de la Zona de Salud, siendo más fácil su acceso sin menoscabar la labor asistencial de los profesionales sanitarios. Además, instaurando un reciclaje en la adquisición de dichas técnicas a estas edades, conseguiremos establecer dentro de la comunidad un número considerable de sus miembros como futuros agentes y/o "activos en salud" con conocimientos en la técnica.

También se podrá realizar la misma en otros centros escolares de la zona en los que pudiera surgir dicha demanda.

RESULTADOS ESPERADOS

Al final de la actividad, los alumnos serán capaces de:

- Enumerar las fases de la cadena de supervivencia.
- Realizar de forma correcta la técnica de RCP básica.

MÉTODO

Se aplicará la siguiente metodología:

- Primeramente se realizará un cuestionario tipo test previo a la actividad con 6 preguntas y 4 posibles respuestas cada una, sobre conocimientos relacionados con el tema (Anexo I). El cuestionario será anónimo, identificándose con un número para realizar la comparación posterior.
- Después, se realizará de manera breve y con apoyo de una presentación multimedia, la exposición teórica de la actividad.
- En tercer lugar, se practicará, por parte del profesorado, la técnica de RCP básica sobre un muñeco de instrucción.
- En cuarto lugar, los alumnos realizarán y escenificarán, el proceso de la cadena de supervivencia y las maniobras de RCP básica previamente mostradas bajo la supervisión de los docentes.
- En quinto lugar, responderán el mismo cuestionario que efectuaron al inicio de la actividad.
- Por último, rellenarán un cuestionario de evaluación de la actividad y los docentes de la misma (Anexo II).

INDICADORES

Se recogerán los resultados cualitativos de la actividad docente, según el cuestionario de evaluación de la misma por parte de los alumnos (Anexo II) y además, según las respuestas recogidas en el Anexo I, se establecerán los siguientes indicadores:

- Porcentaje de alumnos que poseen un nivel mínimo de conocimientos sobre el tema, considerado por un porcentaje de respuestas correctas superior al XX% del cuestionario, previamente a la actividad.
- Porcentaje de alumnos que poseen un nivel mínimo de conocimiento sobre el tema, considerado por un porcentaje de respuestas correctas superior al XX% del cuestionario, posteriormente a la actividad.
- Incremento del conocimiento sobre el tema, considerando los dos anteriores indicadores y la media de respuestas correctas comparando los anteriores cuestionarios.

DURACIÓN

Se realizará en varias sesiones divididas por cursos, a lo largo del segundo trimestre escolar del curso (marzo - abril 2019) y en el primer trimestre del curso que viene (otoño 2019).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0908

1. TÍTULO

INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANDRES RUBIO DEL PERAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poder llevar a cabo este proyecto hemos realizado un protocolo para la realización de espirometrías para que todo el personal de enfermería, principalmente, y médicos del C.S. de Hajar conozcan en que consiste esta prueba y como poder realizarla.

El protocolo está estructurado del siguiente modo:

- Introducción y revisión histórica de la prueba.
- Utilidad de la espirometría.
- Equipamiento necesario. Descripción del espirómetro que usamos en el C.S. de Hajar. (DATOSPIR touch spirometer Sibelmed) y de todo el restante material necesario (boquillas, jeringa de calibración, pinzas nasales, inhaladores, etc.)
- Realización de la espirometría.
- Criterios de calidad de una espirometría.
- Indicadores en AP para las espirometrías.
- Contraindicaciones para la realización de las espirometrías.
- Complicaciones de las espirometrías.
- Algoritmo diagnóstico de una espirometría.
- Manejo espirométrico en el C.S. Hajar (DATOSPIR touch spirometer Sibelmed).
- Programa espirometrías. W20S.
- Como adjuntar el resultado de la espirometría a omiAP.

En el protocolo se describe paso a paso, y con fotografías, el modo de realizar una espirometría para que así sea más fácil poder aprender a realizarlas y evitar cometer errores.

Tras la finalización del protocolo se realizaron charlas individualizadas donde se presentó el documento al personal de enfermería del centro. Además, varios compañeros se animaron a realizar algunas pruebas siguiendo los pasos que indica el protocolo. La satisfacción de los compañeros fue alta.

Para más adelante hay prevista una sesión clínica donde se dará a conocer el protocolo a todo el personal del centro, tanto médicos como enfermeras.

Se han realizado las reuniones previstas en el proyecto, 4 en total y los recursos materiales empleados han sido igualmente los previstos inicialmente.

El calendario marcado también se ha cumplido, llegando a la finalización del protocolo y su presentación a los compañeros del C.S. de Hajar en septiembre de 2019.

El protocolo realizado se ha dejado en la sala de espirometrías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante 2019 se han realizado 113 espirometrías. 20 corresponden a pacientes con EPOC (17.6%), 22 a fumadores (19.36%), 58 a otras patologías respiratorias: asma, neumonías, disneas, etc. (51.04%), a niños 4, asmáticos principalmente, (3.52%) y 9 a otras patologías (7.92%).

Desde el 1 de enero hasta finales de septiembre, momento en el que se presenta el protocolo a los compañeros enfermeros del centro, se habían realizado 65 espirometrías en un periodo de 9 meses, lo que supone el 57.2% con una media de 5.7 espirometrías/mes. Sin embargo, los 3 últimos meses de 2019 se realizan 48 espirometrías, el 42.24%, lo que supone una media de 16 espirometrías/mes.

La diferencia es sustancial, casi 10 espirometrías más por mes.

Esta tendencia se sigue mostrando en el primer mes de 2020 en el que se han realizado 19 espirometrías.

El incremento de espirometrías/mes es importante pero también lo es el tiempo de demora desde la prescripción de la prueba hasta el momento de realizarla. Se ha pasado de tener una demora media de 19 días hasta la actual de 12 y todo esto a pesar del incremento de la media realizada por mes.

El proyecto ha tenido impacto en el aumento del número de espirometrías realizadas, en la disminución del tiempo transcurrido en su realización, en el aumento del número de personas que conocen y realizan la prueba, en la satisfacción de los profesionales y en el aumento de conocimientos sobre la temática tratada.

Indicadores usados: número de espirometrías realizadas/año (solo hemos podido contabilizar desde la implantación del protocolo un periodo de 4 meses), media de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la prueba y la presencia del protocolo en el C.S. de Hajar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La presencia de un protocolo detallado para realizar la espirometrías es una herramienta de gran valor que aporta conocimientos y da confianza a los profesionales del centro para poder realizar la prueba. Por motivos de tiempo no ha sido posible presentar el protocolo a todos los profesionales sanitarios sino solo a enfermería y de un modo individualizado.

De todos modos, los logros han sido evidentes y es de esperar que a partir de este momento más compañeros se animen a realizar espirometrías ya que cuentan con este protocolo de fácil seguimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0908

1. TÍTULO

INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR

Sería conveniente poder disponer de un espacio más adecuado para la prueba, ya que la sala donde se realizan ha de compartirse con matrona, ecografías y extracciones, lo que condiciona su realización. Por otro lado, la realización de este proyecto ha supuesto un reciclaje formativo en la materia para los dos componentes del mismo y un acercamiento a la espirometría por parte del resto de compañeros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/908 ===== ***

Nº de registro: 0908

Título
INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. DE HIJAR

Autores:
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, TORNOS PEREZ CARMELO DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La espirometría es una prueba básica para el estudio de la función pulmonar, y su realización es necesaria para la evaluación y el seguimiento de las enfermedades respiratorias. La utilidad principal de la espirometría es el diagnóstico y la monitorización de muchas enfermedades respiratorias que tienen afectación de la vía aérea. Además este prueba tiene otras aplicaciones que van más allá de estas utilidades, como puede ser la determinación de la edad funcional pulmonar que puede potenciar el éxito en el abandono del hábito tabáquico, la estimación del riesgo de padecer cáncer de pulmón, de deterioro cognitivo o de mortalidad de cualquier causa incluida la cardiovascular. Permite también valorar el impacto sobre la función pulmonar de enfermedades de otros órganos o sistemas (cardíacas, renales, hepáticas, neuromusculares, etc.).

Por todo esto, se recomienda la realización sistemática de una espirometría a personas con historia de tabaquismo y con algún síntoma respiratorio.
Para poder conseguir aumentar el número de espirometrías realizadas, así como disminuir el tiempo que transcurre entre la demanda y su realización, creemos que es necesario la realización de un protocolo para su realización en el C. S. de Hajar ya que no contamos con uno adaptado a nuestras necesidades y basado en la evidencia científica. Hasta ahora hemos realizado esta técnica basándonos en las instrucciones dadas por compañeros que conocían la técnica (o que creían conocerla), que recibieron o no una formación determinada, en protocolos realizados en otros centros o en información que encontrábamos en internet u otras fuentes documentales. Dábamos por buenas esas instrucciones cuando la experiencia ha demostrado que no eran del todo correctas y que no estaban actualizadas. Por otro lado, son pocos los enfermeros/as que conocen la técnica para realizar una espirometría y solo hay uno encargado de realizarlas y que debe de compaginar su actividad habitual en consulta de enfermería con esta otra actividad, por lo que la realización de espirometrías siempre va a estar supeditada a dicha actividad. También las espirometrías dejan de realizarse cuando la persona encargada está de vacaciones, disfruta de permisos o está de baja laboral.
Si se dispusiera de un protocolo adecuado en el Centro más enfermeros podrían realizar la técnica, incluidos E.A.Cs.y enfermeros con contrato eventual, teniendo como repercusión directa el aumento del número de espirometrías realizadas en un año así como en la disminución del tiempo transcurrido entre la orden clínica y la realización de la espirometría.

RESULTADOS ESPERADOS
-Aumento del número de espirometrías/año
-Disminución del tiempo transcurrido entre la orden clínica y la realización de la espirometría.
-Creación de un protocolo para realizar espirometrías adaptado al C.S. de Hajar..
-Mejorar la calidad del servicio prestado al usuario.
-Realización óptima de la prueba

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0908

1. TÍTULO

INCREMENTO DEL NUMERO DE ESPIROMETRIAS/AÑO Y DISMINUCION DEL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA DEMANDA Y SU REALIZACION EN EL C.S. HIJAR

-Mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería.

MÉTODO

Para la realización del protocolo se va a realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva, revisando diferentes fuentes documentales. Se van a examinar publicaciones científicas indizadas en las siguientes bases de datos: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) a través de su buscador PUBMED, Science Direct, Scielo, TripdataBase, Dialnet y cualquier otra que nos sea de utilidad. Miraremos fundamentalmente los artículos de publicación más reciente por si pudiesen aportar nuevas perspectivas sobre la técnica y todos aquellos que nos sean de utilidad.

También revisaremos los protocolos que se están llevando a cabo en otros centros.

Una vez realizado se les comunicará a los compañeros mediante sesión clínica o taller (a valorar)

Recursos materiales:

Un ordenador del centro para poder realizar las búsquedas bibliográficas.

Espirómetro (el que dispone el Centro).

Reuniones previstas:

Reunión 1. Se abordarán las diferentes líneas estratégicas para la realización del protocolo, estrategias de búsqueda, temas de interés, etc.

Reunión 2. Resultados de la búsqueda. Datos de interés.

Reunión 3. Confección del protocolo (Se realizarán todas las reuniones necesarias para su realización)

Reunión final. Finalización y lectura del mismo.

INDICADORES

-Número de espirometrías realizadas en un año.

-Media de días transcurridos entre la solicitud y la realización de la prueba.

-Presencia del protocolo en el C.S. de Hija y en intranet.

DURACIÓN

-Búsqueda bibliográfica.

Duración prevista de 2 meses desde la aprobación de la mejora.

Responsables: José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Realización y redacción del protocolo.

Duración prevista de 2 meses tras la búsqueda bibliográfica.

Responsables : José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Presentación al resto del personal de enfermería del Centro tras la realización del protocolo.

Responsables: José Andrés Rubio del Peral y Daniel Carmelo Tornos Pérez.

-Puesta en marcha tras la presentación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1026

1. TÍTULO

"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS ROMERO VIGARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS HIJAR
· Localidad HIJAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TRILLO CALVO EVA
MARTINEZ BARSELO ANTONIO
GRANADO GONAZALEZ MANUEL
GARCIA ENCABO MANUEL
GONZALEZ ALGAS JULIO
CALONGE VERGARA MARIA ISABEL
CANTIN LOPEZ ELISENDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto constaba de dos fases: una 1º Fase de consulta de ecografía abdominal y pélvica; y una 2º Fase: Consulta de Ecografía músculo-esquelética. Se creó una agenda específica de ecografía para que los médicos de atención primaria de la zona básica de salud de Hjar pudiesen derivar a los pacientes a la consulta de ECOSALUD. Tres médicos de atención primaria se encargaban de hacer las ecografías. Se pudo completar la 1º fase realizando una vez al mes ecografías con una duración de la consulta de 7 horas al día. Se hacían consultas monográficas diferenciando entre sospecha de patología tiroidea, por otro lado patología del área digestiva (dolor abdominal, sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar, palpación de masas u organomegalias), área nefro-urológica (nefropatía/patología de la vía urinaria, prostatismo, bolsa escrotal) y ginecológica. En función del área de estudio se citaban entre 8-10 pacientes cada día entre 20-30 minutos por exploración. Cada día de consulta se incluían pacientes como primeras consultas, y consultas de seguimiento de patología ya conocidas. La 2ª fase de patología musculotendinosa no se pudo complementar dado el aumento de la demanda de las patologías del área abdominal y pélvica, priorizando el equipo de Atención primaria en el estudio de esta área.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores de resultados:

- Nº de primeras consultas desde médicos de AP a la consulta de ECOSALUD: 25
- Nº de consultas de seguimiento desde médicos de AP a la consulta de ECOSALUD: 56
- Nº de ecografías realizadas al mes en la consulta ECOSALUD: se realizaron entre 7-10 ecografías al mes.
- Cursos de formación anual en ecografía abdominal avanzada por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD: se realizaron 3 cursos de formación del IACS, uno sobre patología tiroidea, otro en centrado en patología abdominal y un tercero en ecografía de las vías urinarias
- Evaluación de la adecuación y calidad de la solicitud de la ecografía abdominal en base a motivo de la petición y presencia o no de orientación diagnóstica: el 100% de las ecografías abdominales, pélvicas y de vías urinarias estaban motivadas y era pertinente su estudio en base a los criterios clínicos descritos en la oferta de servicios de la consulta de ECOSALUD. Sin embargo, dentro de las derivaciones del área tiroidea encontramos un porcentaje elevado de hipotiroidismo subclínicos no subsidiarios de estudio ecográfico.

Indicadores de percepción:

Se llevo a cabo una encuesta de satisfacción a un porcentaje representativo de la muestra de pacientes (23), donde se evaluaba diferentes items dentro de dos dimensiones, en una escala likert del 1 al 5, donde 1 el paciente estaba totalmente en desacuerdo y 5 estaba totalmente de acuerdo.

DIMENSIÓN INTERPERSONAL:

- Capacidad para comprender las necesidades del paciente (empatía): 4,5 puntos
- Criterio sobre modales y aspecto personal de quien lo atendió: 4,7 puntos
- Amabilidad en el trato con el paciente: 4,8 puntos.

DIMENSIÓN AMBIENTAL:

- Tiempo de espera: 3,9 puntos
- Accesibilidad: 4,5 puntos
- Privacidad: 3,8 puntos
- Orden: 4,7 puntos
- Limpieza: 4,5 puntos
- Ambiente agradable: 4,7 puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La integración de la ecografía en la práctica clínica de la medicina de Atención primaria es una medida costo-efectiva que reduce los diagnósticos diferenciales que surgen tras la anamnesis y examen físico. Mejora la toma de decisiones, reclasifica la prioridad de las derivaciones a un segundo nivel asistencial y evita las que son innecesarias. Además, su gran accesibilidad y aceptación en Atención Primaria, refrendadas por los buenos resultados de las encuestas de satisfacción, convierten a la ecografía clínica en una herramienta que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1026

1. TÍTULO

"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

mejora el cuidado y la atención a los pacientes sobre todo en el medio rural, ya que evita desplazamientos innecesarios de estos en muchas ocasiones. El proyecto continuara en el año 2020, y como objetivos prioritarios nos marcamos aumentar el número de días al mes para las consultas monográficas, así como aumentar la curva de aprendizaje y experiencia en ecografía clínica mediante un mayor acceso a cursos y rotaciones de formación del equipo de AP, sobre todo centrada en ecografía abdominal avanzada, e implementar la ecografía musculo-esquelética.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1026 ===== ***

Nº de registro: 1026

Título
PROYECTO "ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE ECOGRAFIA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

Autores:
ROMERO VIGARA JUAN CARLOS, TRILLO CALVO EVA, MARTINEZ BARSELO ANTONIO PABLO, GRANADO GONZALEZ MANUEL, GARCIA ENCABO MANUEL, GONZALEZ ALGAS JULIO, CALONGE VERGARA MARIA ISABEL, CANTIN LOPEZ ELISENDA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALCORISA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA ABDOMINAL, PÉLVICA Y MUSCULOESQUELÉTICA
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ecografía es una prueba segura, no invasiva, rápida, reproducible, exenta de efectos secundarios y altamente costo-efectiva. Su implantación en Atención Primaria permite mejorar tanto el cribado como el diagnóstico de numerosas patologías prevalentes, optimizando los recursos disponibles, evitando derivaciones innecesarias al siguiente nivel asistencial y agilizando éste proceso en los casos que su pertinencia lo requiera. La disponibilidad y accesibilidad desde AP a la ecografía, es punto clave para aumentar la capacidad diagnóstica y resolutive de los Médicos de Familia. Son estrategias de éxito para la implantación y desarrollo de la ecografía clínica en AP las que se han llevado a cabo en los servicios de salud de Galicia, Extremadura y Madrid con la adquisición progresiva, programada y priorizada de equipos de ecografía, acompañada de formación específica de los médicos de AP. En diciembre de 2017 el Servicio Aragonés de Salud realizó una inversión tecnológica que incluía 32 equipos de ecografía, que fueron distribuidos para centros de AP. En agosto de 2018, la Consejería de Sanidad, incorporó la técnica de ecografía en la cartera de servicios de servicios de AP de Aragón, cumpliendo con los criterios de inclusión de congruencia (pertinencia, coherencia, equidad), de organización (factibilidad, impacto positivo en la organización), y criterios científico-técnicos (eficacia y efectividad, evidencia científica, eficiencia, seguridad y sustitución). Actualmente el centro de salud de Híjar, dispone de ecógrafo, pero aun no se ha implementado el uso del mismo. En este contexto, surge este proyecto como modelo de consulta monográfica de ecográfica clínica en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la capacidad resolutive en las consultas de Atención Primaria; Integrar la técnica ecográfica en la actividad del centro e implementar la capacidad diagnóstica del médico de Atención Primaria, para disminuir la incertidumbre; Aumentar la capacidad de Resolución del primer nivel asistencial; Mejorar el nivel de salud y satisfacción de la población; Acortar el tiempo de atención en situaciones potencialmente críticas; Adecuar la derivación al siguiente nivel asistencial; Evitar desplazamientos a los pacientes.

MÉTODO

Planificación: El proyecto consta de dos fases: 1º Fase: Consulta de Ecografía abdominal y pélvica; 2º Fase: Consulta de Ecografía músculo-esquelética. Crear una agenda específica de ECOSALUD de 10 horas mensuales, repartidas en 2 días con 30 minutos por exploración, con un total de 14 exploraciones mensuales. Cada día de consulta estara dividido en: primeras consultas: 3 y seguimiento de patologia: 4.
Oferta de servicios: 1ª fase: Ecografía abdominal y pélvica Las situaciones clínicas subsidiarias de derivación desde los médicos de AP a la consulta ECOSALUD incluyen: dolor abdominal; palpación de nódulos masas u organomegalias; sospecha de hepatopatía/patología de páncreas y vía biliar, nefropatía/patología de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1026

1. TÍTULO

"ECOSALUD PRIMARIA": IMPLANTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE ECOGRAFÍA EN UN CENTRO DE SALUD RURAL

la vía urinaria y patología ginecológica; estudio inicial de algunos síndromes clínicos, seguimiento de patologías ya conocidas, prostatismo, bolsa escrotal, grandes vasos, tiroides y sistema circulatorio. 2ª fase: Patología musculo-tendinosa

INDICADORES

Indicadores de resultado: N° de primeras consultas desde médicos de AP a la consulta de ECOSALUD; N° de consultas de seguimiento desde médicos de AP a la consulta de ECOSALUD; N° de ecografías realizadas al mes en la consulta de ECOSALUD; Cursos de formación anual en ecografía abdominal avanzada por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD; N° de rotaciones de formación por consultas especializadas en ecografía en Atención primaria por parte del profesional de la consulta de ECOSALUD; Evaluación de la adecuación y calidad de la solicitud de la ecografía abdominal en base a motivo de la petición y presencia o no de orientación diagnóstica.

Indicadores de percepción: Encuestas de satisfacción al paciente (dimensión interpersonal y ambiental). DIMENSIÓN INTERPERSONAL: Capacidad para comprender las necesidades del paciente (empatía); Criterio sobre modales y aspecto personal de quien lo atendió; Amabilidad en el trato con el paciente. DIMENSIÓN AMBIENTAL: Tiempo de espera; Accesibilidad; Privacidad; Orden, limpieza, ambiente agradable.

DURACIÓN

Duración: Proyecto a largo plazo; Calendario previstos: 1º FASE: Inicio 15 de Mayo de 2019; 2º Fase: Inicio 15 de Octubre de 2019

OBSERVACIONES

INCENTIVOS FORMATIVOS: 4 días de Formación anual para cursos de perfeccionamiento en ecografía avanzada; y 4 días de rotaciones del profesional por Unidades de Ecografía Hospitalaria/Centros de salud de referencia ecográfica.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

1. TÍTULO

CAMINANDO POR LA VIDA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL CASASNOVAS SEVILLANO

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS HIJAR
- Localidad HIJAR
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL
CASAMIAN GUERRERO ASUNCION
GIL MARIN MARIA DEL MAR
MORT GUIU CARMEN
BURRIEL AGUDO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo del proyecto, elaboramos unos carteles informativos que fueron colocados por todo el Centro de Salud y por los lugares más frecuentados de la población. Además se hicieron trípticos informativos que se dejaron en Admisión y por las consultas para favorecer la captación activa. También hablamos con el ayuntamiento, que se encargó de realizar varios pregones desde 15 días antes para invitar a la población a comenzar dicho proyecto. Se dejó un listado para que la Administrativa apuntase a los pacientes interesados, con el fin de revisar su historia clínica y registrar el tipo de antecedentes personales que consideráramos importantes antes de iniciar la actividad.

El 3 de junio, como primer día, se realizó una sesión informativa acerca de cómo se pretendía desarrollar la actividad, la duración, su preparación (ropa cómoda y zapatillas de deporte, botella de agua, calentamientos y estiramientos), el horario en el que se iba a llevar a cabo, etc.

Se aprovechó ese día para tomar la TA, FC, Peso y Talla de los participantes que estaban interesados.

Comenzamos ese primer día con 9 personas alistadas, llegando a alcanzar hasta 16 participantes, a quienes se les tomó las constantes el primer día que acudieron a realizar la actividad.

Se mantuvieron constantes entre 12 y 15 personas en todas las sesiones. Al finalizar la actividad, quedaron 12 participantes ya que por motivos personales, cambios de domicilio u otras circunstancias, el resto tuvieron que abandonar; aunque al hablar con ellos cuando acudieron a consulta, referían interés por la actividad y pretendían que cuando cambiaran sus circunstancias personales volver a reanudar la actividad, tanto por su cuenta como continuar si aún duraba el proyecto.

La actividad se realizó todos los lunes a las 8h con una duración aproximada de 1 hora en la que se andaban aproximadamente unos 5 km. Gracias a que el perfil de los pacientes lo permite, la actividad consistía en la realización previa de un calentamiento, posterior paseos de marcha moderada y finalización con estiramientos. Cada día se realizaba un recorrido diferente. Se comenzó con un recorrido llano para ir incorporando, progresivamente y ajustando a las necesidades, varias cuestas.

Al cabo de 2 meses, se realizó una encuesta en la que se evaluó el grado de motivación de la actividad y se observó una respuesta positiva.

Se realizaron todas las salidas previstas, siendo acompañados normalmente por una Enfermera de Atención Continuada fuera del horario laboral y/o una o varias Enfermeras del Equipo, pertenecientes al equipo de mejora de este proyecto. Excepcionalmente, por motivos organizativos, no fueron acompañados por personal sanitario y uno de los miembros del grupo encabezó las andadas, lo que nos dio la tranquilidad y satisfacción de saber que el proyecto estaba funcionando y estábamos empoderando a los pacientes, quienes se convertían en líderes para continuar cuando dejáramos de acompañarlos.

A mitad de noviembre se les entregó una encuesta para valorar la actividad y el 2 de diciembre se realizó el último paseo y se les tomó de nuevo la TA, FC, Peso y Talla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha aumentado la motivación a la hora de realizar ejercicio físico gracias a las mejoras que han notado en estos últimos meses. Están más concienciados para modificar sus hábitos sedentarios.

En la encuesta de valoración final, se pudo observar que:

En cuanto a la organización de la actividad:

- El 80% estaba totalmente satisfecho con la información que se detalló de la actividad, mientras que el 20% restante estaba bastante satisfecho
- El 90% consideraba que el horario era el totalmente adecuado frente al 10% que estaba bastante de acuerdo
- El 90% consideraba que la facilidad de acceso para realizar la actividad era la adecuada, frente al 10% que la consideraba más o menos adecuada

En cuanto a la evaluación de la actividad:

- El 80% consideró su autoevaluación como asistencia a la actividad como "muy buena" frente al 20% que opinaba que era "buena"
- El 90% opinaron que la actividad respondía totalmente a lo que esperaba de ella frente al 10% que consideró que respondía bastante a lo que esperaba de ella
- Al 90% les pareció una actividad muy motivadora frente al 10% que les pareció bastante motivadora
- Al 100% les gustó totalmente el recorrido de los paseos
- El 90% cree que la actividad se ha ajustado totalmente a sus necesidades frente al 10% que considera que se ha ajustado "lo normal" a sus necesidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

1. TÍTULO

CAMINANDO POR LA VIDA

En cuanto a la evaluación de los profesionales sanitarios:

- El 100% considera que la valoración general de los profesionales implicados ha sido "Muy buena", el trato con los pacientes "Muy bueno" y la profesionalidad "Muy buena"

En cuanto a la frecuencia de los paseos: el 90% considera que ha sido la adecuada salvo el 10% que incluiría 1 ó 2 días más a la semana.

En cuanto a la calidad de vida: El 40% refieren haberle mejorado muchísimo, otro 40% haberle mejorado ligeramente y un 20% se sienten igual y no han notado ninguna mejoría.

En cuanto a la relación con el resto de los participantes: El 90% refieren que esta actividad le ha ayudado a relacionarse con personas con las que no tenía relación o que tenía muy poca. El 10 % consideran que no les ha ayudado a relacionarse porque ya tenían relación previa.

En cuanto a la realización de paseos previamente: El 70% afirma que salía a pasear antes de iniciar la actividad, frente al 30% que no lo hacía porque no querían ir solos y por falta de motivación.

En cuanto a la continuación de la actividad: El 90% continuará andando y el 10% posiblemente.

En cuanto a continuar con el mismo grupo: El 80% refieren que continuarán quedando para realizar las andadas juntos, frente al 20% que opina que saldrá a pasear pero por su cuenta o con otro grupo.

Los pacientes también valoraron la impresión que les había causado la actividad de forma positiva y con motivación. Escribieron textos subjetivos en los que se apreciaba el matiz de la sensación de pertenencia al grupo, lo que les ayudaba a aumentar la motivación para continuar realizando ejercicio físico, individual pero sobre todo en grupo, y evitar aislamiento social. También se les preguntó cómo mejorarían la actividad y la mayoría respondieron que "aumentar la frecuencia de la actividad" o que "no se podía mejorar nada" .

Se pudo observar también, que la FC se mantuvo similar, pero la TA y el peso disminuyó en todos los participantes, excepto en 2 que tanto TA como peso se mantuvo igual. La pérdida de peso varió desde los 2 kg hasta los 7kg.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad ha tenido una aceptación muy positiva. Los participantes continúan quedando a las 8h de la mañana, en una plaza cercana al Centro de Salud para continuar los paseos. A pequeña escala, se puede demostrar que todos los pacientes que han participado, al disminuir de peso por la realización de ejercicio físico, ha disminuido también la TA, lo que supone un efecto cardioprotector. Además, ha aumentado la motivación al encontrarse mejor y ver los resultados. También, integrantes que padecían de soledad, ahora tienen sensación de pertenencia a grupo y les anima a realizar actividades y salir más a la calle.

Además de realizar los paseos en el mismo horario que se realizaban con el personal del Centro de Salud, han aumentado la frecuencia diaria y/o semanal.

La buena aceptación de este proyecto, podría animar a realizarse en otros pueblos pertenecientes al mismo Centro de Salud.

Ha sido una actividad muy gratificante también a nivel personal y profesional para los profesionales implicados. Ha sido motivador ver la reacción de los participantes así como cada vez se sentían más orgullosos de sus logros, ya que había pacientes que eran incapaces de subir una cuesta sin pararse a descansar o sin fatigarse al inicio y tras varias sesiones, llegaban hasta a encabezar el grupo en varias ocasiones a lo largo del recorrido.

7. OBSERVACIONES.

En colaboración con el CS MUNIESA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1207 ===== ***

Nº de registro: 1207

Título
CAMINANDO POR LA VIDA

Autores:
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL, ARTAL ENFEDAQUE MARIA DEL SOL, CASAMIAN GUERRERO ASUNCION, GIL MARIN MARIA DEL MAR, MORT GUIU CARMEN, BURRIEL AGUDO OSCAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS HIJAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

1. TÍTULO

CAMINANDO POR LA VIDA

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades cardiovasculares, nutricionales y metabólicas
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Aragón, la primera causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares. Estas enfermedades tienen factores de riesgo no modificables como son la edad, sexo y herencia genética, y factores de riesgo modificables como la hipertensión, diabetes, obesidad, sedentarismo, alcohol, tabaco y colesterol. Sobre éstos últimos son los que se puede actuar, modificando los estilos de vida no saludables.

Una gran cantidad de guías inciden en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de hábitos de vida saludables a través del fomento de la actividad física, entre otros. La inactividad física es uno de los factores de riesgo que causa enfermedades evitables (trastornos cardiovasculares, obesidad, algunos tipos de cáncer y la diabetes mellitus tipo 2)

Actualmente, el estilo de vida de la sociedad favorece el sedentarismo, el cual está determinado por múltiples factores de tipo sociocultural, económico y medioambiental, por lo que se requiere un abordaje multifactorial. En nuestra ZBS esta patología se agrava por la soledad.

El caminar, se considera una de las formas de actividad física que mayores beneficios aporta a la salud. Se trata de una actividad económica, fácilmente adaptable a horarios, que se puede adecuar a las características personales y que no precisa de equipamiento complejo ni instalaciones deportivas.

La pertinencia del proyecto deriva de la necesidad percibida por parte de la población atendida de motivación para caminar individualmente, lo que acaba consecuentemente en sedentarismo repercutiendo negativamente en el estado de ánimo por el aislamiento social que conlleva y en el estado de salud cardiovascular.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar el grado de motivación de la población para la realización de ejercicio físico
- Fomentar la práctica de ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada
- Promover la participación activa
- Mejorar el estado cardiovascular y cardiorrespiratorio
- Mejorar y/o prevenir problemas músculo-esqueléticos
- Mejorar la salud mental
- Ayudar a perder peso o mantenerlo
- Mejorar la calidad de vida a través del ejercicio
- Aumentar la autoestima y mejorar las relaciones interpersonales
- Promover un estilo de vida saludable
- Transformar a nuestros pacientes en agentes activos implicados en el cuidado de su salud, animándoles a continuar con este tipo de actividad sin tutela del personal sanitario

MÉTODO

La actividad se realizará los lunes a las ocho de la mañana, con una duración aproximada de una hora.

Empezará la actividad con un calentamiento y finalizará con unos ejercicios de estiramientos

Se realizarán paseos de marcha leve o moderada, en función de la condición física de los participantes

La captación se realizará desde las consultas de medicina y enfermería de Atención Primaria y Atención Continuada.

La actividad se publicitará a través de carteles colocados en el Ayuntamiento, Farmacia, bares del pueblo, Centro de Salud y a través de pregones que realizará el ayuntamiento. Todo ello con unos 15 días de antelación aproximadamente.

Previo a la puesta en marcha de la actividad, se explicará brevemente los beneficios del ejercicio y cómo se ha de ir preparado para realizar la actividad (ropa cómoda, botellín de agua, zapatillas deportivas, protección solar...)

Se colocará una lista en Admisión del centro de salud para que los participantes se puedan apuntar y así poder mirar previamente los antecedentes médicos de cada uno.

Se elaborará una hoja de Registro individual para monitorizar asistencia y constantes (se tomarán el primer día y el último), así como un cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud el cual también se pasará el primer y último día

INDICADORES

Cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud el primer y último día de la actividad
Medición de constantes (PA, FC) y el IMC el primer y último día de la actividad y comparación de resultados
2 meses después de iniciar la actividad, se pasará una encuesta para medir grado de motivación y recoger sugerencias para mejorar la actividad.

Número de personas que comenzaron y acabaron la actividad

Encuesta de satisfacción al finalizar la actividad.

DURACIÓN

El proyecto comenzará en Junio y acabará en Diciembre del 2019. Se pretende que sea un proyecto de continuidad en el que los participantes adquieran un hábito de actividad física continuo sin necesidad de ser tutelados por profesionales sanitarios

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1207

1. TÍTULO

CAMINANDO POR LA VIDA

OBSERVACIONES

El proyecto puede tener alguna modificación en función de la disponibilidad de los profesionales y condiciones meteorológicas

El proyecto está dirigido a todas las edades, pudiendo acudir niños. Si acuden menores de 12 años, será bajo supervisión de un adulto

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- * Un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector. Posteriormente acuará como formador del equipo de enfermería en el cs maella
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- * Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores.
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registran en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores y resultados comparados entre 2016 y 2017 utilizando como fuente de información los datos expuestos en el cuadro de mandos:

A. ACUERDOS DE GESTIÓN:

Intervención tabaco: 2016:69,54% 2017:72,09% MEJORA 2,55%
Detección de tabaco: 2016:40,38% 2017:41,77% MEJORA 1,39%
EPOC síntomas: 2016:3,23% 2017:23,81% MEJORA 20,6%
EPOC vías aéreas: 2016:6,45% 2017:33,33% MEJORA 26,88%
RCV: 2016:57,86% 2017:60,18% MEJORA 2,32%
Diabetes pie de riesgo: 2017:40%
Polimedicado enfermería: 2016:10,96% 2017:29,15% MEJORA 18,19%
Valoración riesgo caídas: 2016:43,64% 2017:82,14% MEJORA 38,5%
Valoración NORTON: 2016:30,56% 2017:55,56% MEJORA 25%
Valoración ZARIT: 2016:0% 2017:29,17% MEJORA 29,17%

B. DIABETES:

Revisión HbA1c : 2016:42,78% 2017:48% MEJORA 5%
Retinografía: 2016:29,89% 2017:35,71% MEJORA 6%
Revisión microalbuminuria: 2016:65,95% 2017:69,09% MEJORA 3,14
Revisión GFR: 2016:46,51% 2017:64,59% MEJORA 18,39%
Revisión TA: 2016:54,30% 2017:45,95%
Revisión LDL: 2016:70,18% 2017:69,72%
Revisión pie diabético: 2016:15,05% 2017:41,62% MEJORA 26,57%
Hipoglucemia: 2016:27,56% 2017:40,80% MEJORA 13,24%
Diabetes conocimientos: 2016:9,92% 2017:37,12% MEJORA 27,2%

C. OBJETIVOS SECTOR

El indicador de pacientes entre 25 y 65 años con al menos una prueba de VPH/citología en los últimos 5 años se ha obtenido un resultado del 38% mejor que el estándar excelente previsto por la dirección del sector. En el indicador de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años con ITB realizado en los últimos 3 años hemos alcanzado un 52,17% por lo que también estamos por encima del estándar excelente previsto por el sector en el primer año. En cambio en el indicador de espirometrías realizadas en pacientes fumadores entre 40 y 80 años no hemos alcanzado el estándar mínimo, lo que se debe a que la sesión de realización de la espirometría se realizó en noviembre por lo que la implantación de este indicador en el centro ha sido limitada. Es destacable la mejora en los indicadores de valoración y seguimiento del paciente dependiente y del cuidador. Igualmente, se han experimentado mejoras en el control de síntomas de EPOC así como en el apartado de limpieza de vías aéreas, con incrementos interanuales superiores al 20%.

En el seguimiento del paciente polimedicado por parte de enfermería, a pesar de haber conseguido incrementar el indicador en casi un 20%, todavía hay margen de mejora. En diabetes hemos mejorado el plan de cuidados de conocimientos en diabetes en un 27% respecto a 2016. En lo referente al seguimiento de complicaciones microvasculares los incrementos han sido modestos y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

manifiestamente mejorables, sobre todo, en el caso de las retinografías. En cuanto al seguimiento analítico los resultados son razonables en GFR y microalbuminuria, pero pueden mejorar en Hb1Ac. En seguimiento de pie diabético la evolución ha sido positiva con respecto a 2016 incrementando el cumplimiento del indicador en un 26%. En el control de las hipoglucemias también se ha mejorado mas del 10%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En un contexto de falta de costumbre en la gestión por objetivos, y mediante evaluación cuatrimestral de indicadores se ha conseguido un mejoría por parte del equipo en la mayor parte de indicadores. A pesar de lo anterior todavía hay margen de mejora, sobre todo en lo referente a paciente polimedocado, retinografías., control de Hb1Ac y realización de Doppler en pie diabético. Es por ello que el proyecto de mejora se continuará en el 2018 y se tipifica esta memoria como de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

Finalmente, se hace constar que en el centro se ha producido una importante rotación de personal de enfermería causada por traslados, oposiciones y bajas de larga duración dificultando enormemente la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1345 ===== ***

Nº de registro: 1345

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
PARDOS CAMACHO ANDRES, GARCIA DOLZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN EL REGISTRO EN OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO

MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

- * Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- * Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- * Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados
- * Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- * Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
- * Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- * Enero 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 RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANDRES PARDOS CAMACHO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- * Rotación de un enfermero durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector. Posteriormente actuó como formador del equipo de enfermería del CS Maella.
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior). Se realizó una sesión específica sobre manejo del cuadro de mandos de diabetes.
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería . Se ha incidido mucho en que sea el profesional de enfermería el que se encargue de gestionar la petición de estas analíticas de pacientes crónicos con factores de riesgo CV . Para ello se han realizado actividades formativas sobre gestión de pruebas de laboratorio a través de OMI-AP y OMI-LAB.
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.
- * Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Se ha realizado una sesión específica sobre valoración de pie diabético con manejo práctico de dópler, y otra sesión sobre técnica e interpretación de espirometrías.
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se han identificado los indicadores que van por debajo del estándar, se han analizado las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se han propuesto acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se han registrado en acta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores y resultados comparados entre 2016 y 2018 utilizando como fuente de información los datos expuestos en el cuadro de mandos:

A. ACUERDOS DE GESTIÓN:

Intervención tabaco: 2016:69,54% 2018:76,23% MEJORA 6,69 %
Detección de tabaco: 2016:40,38% 2018:46,08% MEJORA 5,7 %
EPOC síntomas: 2016:3,23% 2018:36,21% MEJORA 32,98 %
EPOC vías aéreas: 2016:6,45% 2018:34,48% MEJORA 28,03 %
RCV 2016:57,86% 2017:68,56% MEJORA 10,7 %
Diabetes pie de riesgo:2017:40 % 2018:10,86 % MEJORA -29,14 %
Polimedicação enfermería: 2016:10,96% 2018:45,59% MEJORA 34,63 %
Valoración riesgo caídas: 2016:43,64% 2018:96,43% MEJORA 52,79 %
Valoración NORTON: 2016:30,56% 2018:91,6% MEJORA 61,04 %
Valoración ZARIT: 2016:0% 2018:14,8% MEJORA 14,8 %

B. DIABETES:

Revisión HbA1c : 2016:42,78% 2018:61,96% MEJORA 19,18%
Retinografía: 2016:29,89% 2018:39,29% MEJORA 9.4%
Revisión microalbuminuria: 2016:65,95% 2018:77,84% MEJORA 11,89%
Revisión GFR: 2016:46,51% 2018:81,41% MEJORA 34,9%
Revisión TA: 2016:54,30% 2018:48,48% MEJORA - 5.82%
Revisión LDL: 2016:70,18% 2018:76,71 % MEJORA 6,53 %
Revisión pie diabético: 2016:15,05% 2018:27,77% MEJORA 12,72%
Hipoglucemia: 2016:27,56% 2018:44,85% MEJORA 17,29 %
Diabetes conocimientos: 2016:9,92% 2018:40,94% MEJORA 31,02%

Con los datos disponibles, se comprueba que se ha mejorado en casi todos los apartados, .Y en algunos puntos concretos, la mejoría ha sido superior al 20 % . Se aprecia muy buena evolución en los indicadores de control y seguimiento del paciente EPOC, así como del polimedicação . En cuanto a los pacientes dependientes se ha conseguido incorporar a la práctica asistencial habitual el uso protocolizado de la escala de Norton y establecer una valoración periódica de la movilidad y el riesgo de caídas.

En lo referente a la intervención en tabaquismo para intentar conseguir la deshabituación los resultados son muy positivos, aunque se puede seguir mejorando .
Como puntos perfectibles podemos destacar la revisión y determinación del riesgo en el pié diabético, así como, mejorar la cobertura de retinografías .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción de la cultura de gestión de indicadores está modificando las dinámicas de funcionamiento del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

equipo de tal forma que se trabaja de una forma mas protocolizada.
La realización periódica de sesiones haciendo revisión del cuadro de mandos influye positivamente en el cumplimiento de los objetivos del contrato gestión.

7. OBSERVACIONES.

Se hace constar que en el centro se ha producido una importante rotación de personal médico, de enfermería y del único administrativo del que disponemos., causada por traslados y oposiciones dificultando enormemente la consecución de los objetivos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1345 ===== ***

Nº de registro: 1345

Título
GESTION DE INDICADORES EN ENFERMERIA

Autores:
PARDOS CAMACHO ANDRES, GARCIA DOLZ CLARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA EN EL REGISTRO EN OMI

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de enfermería del año 2016 han presentado un resultado del 11,6% del total de puntuación del contrato, un desempeño bajo. Si analizamos por cupos observamos que hay el cupo mejor resultado obtiene un 33% mientras uno de ellos obtiene un resultado de 0,6%. La mayoría de los indicadores del contrato muestran importante espacio para la mejora. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba a 0 en Enero de 2017. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO
MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- * Formación de formador en centro de salud de Maella: un enfermero rotará durante una semana en un cupo de los de mejor resultado en el sector.
- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
- * Sesiones clínicas sobre registro de planes de cuidados y planes personales en los puntos clave de los indicadores del nuevo contrato (incluidos los que continúan del año anterior)
- * Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
- * Atención al tabaquismo: Implicación de MAC y EAC en estas actividades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1345

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

* Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

* Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES
INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN
DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

* Mayo: rotación del enfermero con formadores en planes personales y planes de cuidados

* Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

* Junio: Sesiones clínicas sobre registro de planes personales y planes de cuidados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

* Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

* Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1346

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA SARTOLO ROMEO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIGUEL MENDEZ MANUELA
ALCALA MARTINEZ ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Al comienzo del proyecto, en junio de 2017, se mostraron los datos de los indicadores al resto del equipo para seleccionar aquellos en los que debíamos mejorar.
Realización de sesión sobre "exposición de indicadores de medicina del contrato de gestión 2017 y planes de mejora" el día 25 de octubre de 2017 en la cual participaron médicos y enfermeras del centro de salud de Maella de una hora de duración. En ella se propuso además la detección de consumo de tabaco en los pacientes que acuden al centro de salud en horario de atención continuada.
Está previsto hacer una reunión de equipo en marzo de 2018 para exponer la evolución de los indicadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el periodo valorado no se ha conseguido alcanzar el 50% en detección de consumo de tabaco.
Riesgo cardiovascular, seguimos en rango.
En el indicador "selección eficiente de estatinas" continuamos con buenas cifras. Lo mismo ocurre con el uso de "hipolipemiantes combinados" y con "medicamentos de riesgo anticolinérgico en mayores de 75 años".
En el indicador "medicamentos inapropiados en mayores de 75 años" se ha mejorado algo más de 2 puntos porcentuales, pasando de un 18,79% en mayo de 2017 a un 16,64% en febrero de 2018, quedándonos a sólo unas décimas de las cifras objetivo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No hemos conseguido una mejora sustancial en los indicadores de farmacia. Los que estaban en el rango adecuado se han mantenido y de los que no estaban en rango, sólo cabría destacar el indicador de "medicamentos inapropiados en mayores de 75 años". En este indicador, se ha mejorado dos puntos porcentuales, por lo que casi ha entrado en objetivo. La mejora en este indicador puede estar relacionada con la formación impartida desde farmacia.
Para el intento de mejora del indicador "detección de consumo de tabaco" se propuso preguntar a los jóvenes que acudían en el horario de atención continuada. Por el momento no hemos conseguido mejorar el indicador de manera sustancial. Continuaremos realizando esta intervención, y se estudiarán otras posibles medidas que puedan resultar más apropiadas para mejorar el indicador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1346 ===== ***

Nº de registro: 1346

Título
GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

Autores:
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, MIGUEL MINGUEZ MANUELA, ALCALA MARTINEZ ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA ENFERMO CRONICO
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 - 2016/1346

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES EN MEDICINA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores de medicina del año 2016 han presentado un resultado del 32,44 % de los puntos posibles, un resultado con evidente potencial de mejora. No se ha puntuado en detección de tabaquismo ni en evaluación de riesgo cardiovascular ni en revisión de polimedicado. También ha habido problemas con los cinco últimos indicadores de farmacia. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Mejorar las coberturas de los indicadores de medicina y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Maella.

MÉTODO MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

- * Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
- * Presentación de resultados del año anterior tanto del contrato de gestión como de diabetes, análisis de los que salen más bajos, identificación de posibles causas de por qué están más bajos y acciones de mejora, con especial atención a los indicadores de farmacia que han quedado por debajo de los estándares establecidos. Especial atención a la cobertura de determinación del riesgo cardiovascular e indicadores de prescripción.
- * Implicación de MAC en los indicadores de prescripción pediátrica y de tabaquismo
- * Evaluación cuatrimestral de indicadores médicos del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador. Identificación de indicadores que van por debajo del estándar, análisis de causas por las que van por debajo de lo esperado los indicadores con problemas y propuesta de acciones de mejora una vez identificadas esas causas. Las reuniones se registrarán en acta. Implicación de MAC en los indicadores de prescripción de pediatría incluyendo estos dos indicadores en la evaluación individual del contrato intracentro para este colectivo.

INDICADORES INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a medicina.

DURACIÓN DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

- * Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
- * Junio-Noviembre: desarrollo de sesiones clínicas sobre los aspectos seleccionados en las reuniones
- * Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
- * Enero 2018: 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 - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FABIOLA GIMENEZ ANDRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDOS CAMACHO ANDRES
SARTOLO ROMEO MARIA TERESA
TORCAL TABARES JUANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Implementación en agendas de OMI de 3 a 5 huecos de consulta demanda no presencial (DEMNP) de acuerdo a las necesidades y preferencias de cada titular con respecto al número y duración de las mismas.
- Distribución de los tripticos informativos sobre consulta telefónica no presencial a los titulares de las consultas y demás personal del centro de salud de Maella.
- Colocación de los tripticos informativos por diferentes zonas del centro de salud e información a la población por parte de los diferentes profesionales del centro.
- Comunicación de las recomendaciones del artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- Sesión imformativa sobre la implementación de la interconsulta virtual.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Diciembre de 2017 las agendas de titulares del centro de Salud de Maella tienen entre 3 y 5 huecos de demanda no presencial.
- No es posible calcular el porcentaje exacto del uso de estas nuevas consultas no presenciales, el porcentaje es aproximado. En una revisión de final de año donde se evaluó la utilización de al menos una visita diaria de consulta no presencial se encontró que el 75% de los médicos utilizaba al menos un hueco diario. En enfermería el porcentaje es de un 50%.
En Pediatría su uso es del 60% de la ocupación destinada para el mismo diario.
- La interconsulta virtual se usa habitualmente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En conclusión tanto los profesionales como la población ven satisfactoria la implementación de la consulta no presencial y la interconsulta virtual.

7. OBSERVACIONES.

EMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: INFORMACION GENERAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:
PROBLEMA

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la eficiencia de las visitas.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1347 ===== ***

Nº de registro: 1347

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Autores:
GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, SARTOLO ROMEO MARIA TERESA, TORCAL TABAR JUANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA MULTIPLE
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Maella hemos encontrado que la eficiencia en derivaciones, farmacia y visitas ajustado por ACGs está por encima del estándar. Aunque el peso medio de nuestro centro no es bajo también podría intentarse mejorar el registro diagnóstico.

RESULTADOS ESPERADOS

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Maella.

MÉTODO

MÉTODO Y ACCIONES PARA MEJORAR

- * Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- * Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
 - o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
 - o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
 - o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
 - o Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- * Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Maella.
- * Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

- % de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
- % de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
- % Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
- % de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas

Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTO

Mayo-Junio: sesiones clínicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1347

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAELLA

Mayo: adaptación de agendas

Revisión periódica de indicadores

Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA
PARDOS CAMACHO ANDRES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan reuniones entre los profesionales que vamos a impartir el taller para preparar las presentaciones y acordar la dinámica de los talleres. Se revisan las últimas recomendaciones de las guías ERC y AHA. Posteriormente contactamos con los colegios para acordar la fecha en la que realizar el taller y con la unidad de formación del H. Alcañiz para solicitar los maniqués.

La actividad se realizó con niños de 5º y 6º de Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años. En total participaron 45 niños.

Se realizaron 3 sesiones, una en cada población (Maella, Nonaspe y Fabara). Las sesiones tuvieron una duración de 2.5 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato PowerPoint.

También se visualizan dos videos (Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP, Atragantamiento con Jacinto y sus amigos).

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniqués dividiendo los niños en tres grupos (práctica de RCP, posición lateral de seguridad y Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los niños, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos. El test para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado del test previo de conocimientos fue:

1 pregunta acertada: 3 alumnos
2 preguntas acertadas: 8 alumnos
3 preguntas acertadas: 10 alumnos
4 preguntas acertadas: 15 alumnos
5 preguntas acertadas: 7 alumnos
6 preguntas acertadas: 1 alumno
7 preguntas acertadas : ningún alumno
8 preguntas acertadas: 1 alumno.
Un 53% de los alumnos aprueban el cuestionario (24 alumnos).

El resultado del test unos días después de realizar la actividad fue:

1 pregunta acertada: ningún alumno
2 preguntas acertadas: 1 alumno
3 y 4 preguntas acertadas: ningún alumno
5 preguntas acertadas: 3 alumnos
6 preguntas acertadas: 12 alumnos
7 preguntas acertadas: 14 alumnos
8 preguntas acertadas 15 alumnos.
Un 98% de los alumnos aprueban el cuestionario (42 alumnos de 43).
El test posterior no fue contestado por 2 alumnos.

Se observa una clara mejora en la adquisición de conocimientos tras la realización de la actividad.

Las preguntas que mejor responden tras recibir la clase fueron:

¿Qué es la maniobra de Heimlich? solo la fallaron dos alumnos, ¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar? y ¿Si te encuentras con una persona desmayada en el suelo, cuál es la primera medida que debes realizar? Solo fallaron tres alumnos cada pregunta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.
Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.
Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

Ha quedado pendiente impartir el taller a los niños de 5º de primaria del CEIP de Maella, ya que por volumen de niños se decidió que fuera impartido solo a los de 6º.
Se valorar continuar con el proyecto este año, con el objetivo de realizar esta actividad con los niños de 6º de primaria del CEIP Maella y con los de lero de la ESO del Instituto de Educación Secundaria.

7. OBSERVACIONES.

Dada la movilidad del personal del Centro de Salud de Maella, para la continuación del proyecto en este año 2019, se modifican los componentes del equipo de mejora.

Dejan de formar parte de él:

GIMENEZ ANDRES FABIOLA,
JARABA BECERRIL CARLOS,
MIGUEL MENDEZ MANUELA.

Se incorporan como nuevos componentes:

HERREJON SILVESTRE RICARDO V.
GIMENO FELIU CARMEN
BARBERENA ARANO LOURDES

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica.
Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniqués.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
PARDOS CAMACHO ANDRES
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La actividad se realizó con niños de 5º y 6º de primaria con edades comprendidas entre 10-12 años, en total participaron 45 niños y tres profesores. Se realizaron 3 sesiones, una en cada CEIP (Maella, Nonaspe y Fabara) . Las sesiones tuvieron una duración de 2.5 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato power-point, también se visualizan dos videos (Jacinto y sus amigos nos enseñan RCP y Atragantamiento con Jacinto y sus amigos).

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniqués dividiendo los niños en tres grupos (uno para práctica de RCP, otro para práctica de posición lateral de seguridad y otro de Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los niños, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El test para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas. Se obtiene tras consultar dos trabajos de Fin de grado de Enfermería sobre Educación para la Salud.

El resultado del test previo de conocimientos fue:

1 pregunta acertada: 3 alumnos
2 preguntas acertadas: 8 alumnos
3 preguntas acertadas: 10 alumnos
4 preguntas acertadas: 15 alumnos
5 preguntas acertadas: 7 alumnos
6 preguntas acertadas: 1 alumno
7 preguntas acertadas : ningún alumno
8 preguntas acertadas: 1 alumno.
24 alumnos aprueban el cuestionario.

El resultado del test unos días después de realizar la actividad fue:

1 pregunta acertada: ningún alumno
2 preguntas acertadas: 1 alumno
3 y 4 preguntas acertadas: ningún alumno
5 preguntas acertadas: 3 alumnos
6 preguntas acertadas: 12 alumnos
7 preguntas acertadas: 14 alumnos
8 preguntas acertadas 15 alumnos.
42 alumnos de 43 aprueban el cuestionario.
El test posterior no fue contestado por 2 alumnos.

Se observa una clara mejoría en la adquisición de conocimientos tras la realización de la actividad.

Las preguntas que mejor responden tras recibir la clase fueron:

¿Qué es la maniobra de Heimlich? solo la fallaron dos alumnos, ¿Cómo se realiza la reanimación cardiopulmonar? y ¿Si te encuentras con una persona desmayada en el suelo, cuál es la primera medida que debes realizar? solo fallaron tres alumnos cada pregunta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.

Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

Nos han solicitado formación en Primeros Auxilios profesores del Centro de Educación Secundaria de Maella, pero dada la movilidad de personal sanitario del Centro de Salud, de momento posponemos dicha formación para próximos años.

7. OBSERVACIONES.

Por falta de tiempo no se realizó encuesta de satisfacción a alumnos y profesores. Pero se manifestó verbalmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica. Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre-Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniqués.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE MILAGROS CEBRIAN FRANCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENEZ ANDRES FABIOLA
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA
PARDOS CAMACHO ANDRES
GIMENO FELIU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se imparten talleres a los alumnos de 5º y 6º de primaria en el año 2018, y a los alumnos de 1º y 2º de la ESO del IES BAIX Matarranya en el año 2019.

Se realizan reuniones entre los profesionales que vamos a impartir el taller para preparar las presentaciones y acordar la dinámica de los talleres. Se revisan las últimas recomendaciones de las guías ERC y AHA. Posteriormente contactamos con los colegios para acordar la fecha en la que realizar el taller y con la Unidad de Formación del H. Alcañiz para solicitar los maniquís.

En el año 2018 participaron 45 alumnos de 5º y 6º de Primaria, con edades comprendidas entre 10-12 años. Se realizaron 3 sesiones, una en cada población (Maella, Nonaspe y Fabara).

En el año 2019 participaron 52 alumnos de 1º y 2º de la ESO con edades comprendidas entre los 12 y 16 años. Se imparten 4 sesiones a 4 clases en la misma mañana. En total el taller es impartido a 97 alumnos.

Las sesiones tuvieron una duración de 1.5-2 horas y constaban de un contenido teórico acerca de Reanimación Cardiopulmonar Básica, Cadena de Supervivencia, Atragantamiento/Maniobra de Heimlich y Posición Lateral de Seguridad; fueron impartidas en formato PowerPoint.

Tras la sesión teórica se impartieron talleres prácticos con maniquís dividiendo los niños en tres grupos (práctica de RCP, posición lateral de seguridad y Atragantamiento/ Maniobra de Heimlich).

Antes de impartir la charla se pasa un test para valorar los conocimientos de los alumnos, este mismo test se repite a los días para valorar de nuevo conocimientos adquiridos. El cuestionario para valorar conocimientos constaba de 8 preguntas tipo test.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018: Un 53% de los alumnos aprueban el cuestionario previo a la actividad (24 alumnos), el realizado posteriormente a la actividad es aprobado por un 98% de los alumnos. Se considera aprobado contestar 4 preguntas bien. Hay una notable mejoría en los resultados obtenidos: solo 2.2 % de los alumnos tienen 7 o más respuestas bien en el cuestionario previo y en el posterior un 64.4 % de los alumnos tienen 7 o más respuestas bien.

En el año 2019: Un 76% de los alumnos aprueban el cuestionario previo, el realizado posteriormente es aprobado por un 90 %, aprueban todos los alumnos que contestan el cuestionario 47 alumnos, 5 no lo contestan. También hay una notable mejoría de los resultados: solo 9.6% de los alumnos tiene 7 ó más preguntas bien en el cuestionario previo, en el posterior el 82% tienen 7 ó más respuestas bien.

En la encuesta de satisfacción se obtienen buenos resultados en la valoración global del curso (año 2019).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños.

Es necesario dar formación a los niños sobre RCP en edad escolar, esto puede salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Los participantes y los profesores de los centros mostraron un gran interés por la actividad.

En el año 2018 quedó pendiente impartir el taller a los niños de 5º de primaria del CEIP de Maella, ya que por volumen de niños fué impartido solo a los de 6º. Se intentó concretar fecha para el 2019 pero no ha sido posible.

7. OBSERVACIONES.

En el 2018 se produce movilidad del personal del Centro de Salud de Maella, para poder continuar con el proyecto en el año 2019, se modifican los componentes del equipo de mejora. Dejan de formar parte de él:

GIMENEZ ANDRES FABIOLA,
JARABA BECERRIL CARLOS
MIGUEL MENDEZ MANUELA.

Se incorporan como nuevos componentes:

GIMENO FELIU CARMEN

Por falta de tiempo no se realizó encuesta de satisfacción a alumnos y profesores en el año 2018. Se manifestó verbalmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO /MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO/ MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
CEBRIAN FRANCO MILAGROS, GIMENEZ ANDRES FABIOLA, PARDOS CAMACHO ANDRES, JARABA BECERRIL CARLOS, MIGUEL MENDEZ MANUELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos: EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La zona básica de Salud de Maella comprende tres poblaciones, Maella, Fabara y Nonaspe. Da servicio a unos 4100 habitantes aproximadamente. En Maella se encuentra ubicado el centro de Salud, y es donde se realiza la atención continuada. En las otras poblaciones se realiza consulta sanitaria de lunes a viernes en horario de mañanas. Nonaspe se encuentra a 20 km del Centro de Salud de Maella y Fabara a 10 Km. Asimismo la UVI y Hospital más cercano están a unos 70 km de la población más lejana de nuestra zona básica. Entre los 10 principios del "European Resuscitation Council" (ERC) - incrementar la supervivencia de la parada cardiorrespiratoria (PCR) con la campaña "Kids Save Lives" ("Los niños salvan vidas"), tenemos:

1. Cualquier persona puede salvar una vida, incluso los niños pueden hacerlo.
2. Hasta dos horas de formación en Resucitación Cardiopulmonar (RCP) al año para niños en edad escolar son suficientes.
3. Los programas nacionales que forman a niños en edad escolar en RCP pueden salvar más vidas, mejorar la productividad de la sociedad y reducir los costos de salud.

Por todo esto creemos que cada vez es más necesaria la formación en primeros auxilios y en RCP en nuestra zona de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va destinado a los alumnos (9 -11 años) de los Centros Escolares de la Zona Básica de Salud de Maella.

OBJETIVOS GENERALES:

- Proporcionar a los alumnos de los centros escolares conocimientos básicos sobre primeros auxilios, conocimiento de la cadena de supervivencia y maniobra de Heimlich.
- Aumentar los recursos y destrezas individuales y grupales en primeros auxilios.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Conocer a quién deben avisar ante una situación de urgencia.
- Mantener la calma en un momento crítico, llevar a cabo de manera correcta una reanimación cardiopulmonar (RCP) y resolver una situación de riesgo gracias a la maniobra de Heimlich.
- Los niños, después de la actividad, sabrán reconocer situaciones sanitarias que se pueden dar en su día a día y sabrán actuar de forma básica.
- Los niños también aprenderán responsabilidad social relevante y habilidades sociales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1173

1. TÍTULO

TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS (REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, ATRAGANTAMIENTO / MANIOBRA DE HEIMLICH) EN LOS CENTROS ESCOLARES DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE MAELLA

MÉTODO

- Realización de test para determinar conocimientos previos.
- Sesión teórica sobre RCP.
- Sesión teórica sobre Atragantamiento - Maniobra de Heimlich.
- Sesión práctica de 1.30 horas (división en grupos para la adquisición de destrezas en RCP, atragantamiento, posición lateral de seguridad y fijar conocimientos).
- Al finalizar realizar de nuevo el mismo test para evaluación del aprovechamiento de la actividad.
- Encuesta de satisfacción a los alumnos y profesores.

INDICADORES

- Cuestionario para valorar los conocimientos previos a la actividad y adquiridos al finalizar la misma.
- Encuesta de satisfacción de alumnos y profesores

DURACIÓN

- Junio - Septiembre 2018: Elaboración del contenido teórico de la actividad.
- Septiembre 2018: Puesta en contacto con los colegios.
- Octubre - Noviembre 2018: Llevar a cabo la actividad: 3 días lectivos (1 día en cada centro escolar de cada población) en horario de mañanas o tardes según conveniencia del colegio y disponibilidad de los maniquies.
- Diciembre 2018 elaboración memoria del proyecto.

OBSERVACIONES

Según resultados se prevé la continuidad anual de esta actividad y ampliación a otros grupos de edad.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0154

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN GIMENO FELIU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAELLA
· Localidad MAELLA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDOS CAMACHO ANDRES
BARBERENA ARANO LOURDES
CEBRIAN FRANCO MILAGROS
MACARRON PASCUAL PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con respecto a las actividades, tuve la incidencia de que por tema de cambio de contrato y de destino, no tenía tiempo de dar las 5 sesiones en 1 hora, así que lo reajuste y dí las sesiones mas extensas pero en 3 días, (dí todo el material programado).

Se impartió en el segundo semestre del año, tal y como estaba previsto, concretamente en la primera quincena de noviembre.

El número de participantes entre personas diabéticas y familiares no tenía que ser superior a 8; de ellas 7 pertenecían a Maella y 1 a Fabara.

A todas las sesiones asistieron las 8 personas seleccionadas.

Como recursos se emplearon la sala de reuniones del Centro de Salud, proyector, ordenador portátil y como herramientas la proyección de power point en cada sesión.

Los contenidos del programa del proyecto fueron:

- Información sobre la diabetes: tipos de diabetes y factores de riesgo.
- Alimentación.
- Ejercicio Físico.
- Complicaciones agudas y Crónicas de la diabetes.
- Pie diabetic.

El primer día antes de iniciar la sesión y tras la presentación se les entregó un cuestionario inicial de 18 preguntas sobre la diabetes con 2 opciones de respuesta de verdadero o falso.

y al finalizar todas las sesiones se les entrego el cuestionario con las misma preguntas para poder luego valorar los conocimientos y si el proyecto había sido efectivo, es decir, habían incrementado sus conocimientos sobre la diabetes de manera que contribuyera a un mejor auto-control de la misma, implicando al paciente y/o familiar en una participación activa en el manejo diario de su patología y de sus complicaciones a corto y largo plazo, mejorando así su calidad de vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto a los resultados alcanzados, se observa respecto a los conocimientos una mejora de los mismos en el cuestionario posterior, ya que en el cuestionario previo acertaron entre el 60-65% de las preguntas y en el cuestionario posterior entre el 90-95% de las preguntas, dando por valido el acertar al menos el 50% de las preguntas en ambos casos.

Cabe destacar la participación en todas las sesiones de todas las personas que realizaron el taller, de manera que se resolvían dudas de forma dinámica y participativa, siendo mucho más ágiles las sesiones.

También cabe destacar como algo muy favorable el hecho de que al terminar la sesión que daba sobre la importancia del ejercicio, salimos a la plaza donde tienen los aparatos para personas mayores y fui explicando los ejercicios que podían hacer con ellos y la importancia de que fueran individualizados, de manera que cada uno marcara su ritmo y fuera consciente de sus limitaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La primera conclusión es que la base previa era buena gracias a las consultas individuales, así que facilita mucho la comprensión y profundización de los temas tratados en las sesiones.

La educación grupal a corto plazo mejora los conocimientos de nuestros pacientes diabeticos.

Si que observé que era importante tener confianza con las personas implicadas, es decir, que me conocieran y se conocieran entre ellas para fomentar un ambiente de confianza y no tener miedo a exponer sus preguntas y dudas. Esta observación la extraigo de que de los 8 participantes, 7 tenían confianza conmigo al pertenecer al mismo centro de salud (Maella) en el que desempeñaba mi puesto de trabajo y 1 venia de otro centro de salud (Fabara) y no me conocía, ni tampoco tenía relación con los de Maella.

También se aprecia que sería conveniente, hacer posteriormente más consultas individualizadas ya que cada uno tenía preguntas concretas sobre su evolución de la enfermedad y al estar en grupo, esas preguntas se quedaron sin respuesta concreta aunque sí indique que lo consultaran con su enfermera.

Como punto positivo, todos/as las participantes manifiestan estar muy satisfechos y recomiendan el seguimiento e implantación del taller, ya que lo consideran muy útil, siendo a su vez la valoración de la docente muy buena.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0154

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Como recomendación, sería bueno si fuese posible que todos los profesionales del centro, tanto enfermería como los médicos de familia, dieran los mismos mensajes comunes para evitar posibles discusiones sobre la manera de controlar la enfermedad y el seguimiento de la misma.

7. OBSERVACIONES.

Ahora estoy en Valderrobles, ¿podría realizar el mismo proyecto, añadiendo las mejoras observadas? gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2019/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

Título
EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II EN LA ZONA DE SALUD DE MAELLA

Autores:
GIMENO FELIU CARMEN, PARDOS CAMACHO ANDRES, BARBERENA ARANO LOURDES, CEBRIAN FRANCO MILAGROS, MACARRON PASCUAL PEDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAELLA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) es una de las enfermedades con mayor impacto sociosanitario, por su prevalencia y por la elevada tasa de morbilidad y complicaciones crónicas que conlleva.

Con este proyecto se quiere reactivar la política de mejora en calidad del EAP, así como mejorar el conocimiento de la diabetes en los enfermos crónicos y familiares, y conseguir un acercamiento con la población que atendemos. Queremos implicar al paciente en una participación activa en el manejo diario de su patología, que es primordial para un correcto manejo de la misma, y de sus complicaciones a corto y largo plazo.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar los conocimientos de los pacientes diabéticos de nuestro centro de salud mediante una estrategia de educación grupal que complementa las actividades de educación individual, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes, que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patología ocasiona.

Siendo estos los objetivos concretos:

- Aumentar los conocimientos del paciente sobre la DM.
- Dar al paciente de las herramientas y recursos necesarios que promuevan el autocuidado y los hábitos de vida saludables.
- Minimizar las complicaciones que puede ocasionar la DM.
- Mejorar la calidad de vida del paciente.
- Evaluar la eficacia tomando como indicadores el aumento de conocimientos y la satisfacción de los participantes al terminarlo.

MÉTODO

- Formación/difusión de los contenidos del programa estructurado de educación grupal del servicio aragonés de salud
- Organización General : 5 sesiones anuales participativas de 1 h de duración moderadas por médicos y/o enfermeras del Centro de Salud Maella, Nonaspe y Fabara

El número de participantes no superior a 8 personas, entre enfermos y familiares.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0154

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN DIABETES MELLITUS TIPO II

Evaluación de conocimientos de los pacientes antes y después de la intervención

DURACIÓN

5 sesiones anuales participativas de 1 h de duración.
Inicio segundo semestre del año y fin diciembre del mismo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0155

1. TÍTULO

INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Fecha de entrada: 16/06/2017

2. RESPONSABLE ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALAS MARTIN BEATRIZ
SINUES JUDES MANUEL
LATORRE BARTOLO SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE VALORA Y BUSCA MATERIAL PARA NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS ACTUALIZADOS.
-NOS PUSIMOS EN CONTACTO CON LOS CENTROS EDUCATIVOS DE LA ZONA DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS, EN SIGUIENTES PROYECTOS SE INTENTARA AMPLIAR A LA ZONA DE SALUD DE CALANDA.
-ACORDAMOS PARA REALIZAR UNA CHARLA EN LOS 3 CENTROS PRINCIPALES, UBICADOS EN AGUAVIVA, CASTELLOTE Y MAS DE LAS MATAS.
-SE REALIZA UNA PRESENTACIÓN EN POWER POINT, APOYADA CON VIDEOS EXPLICATIVOS Y LUEGO SE INTERACTUA CON LOS NIÑOS.
<https://www.youtube.com/watch?v=56PrvOfEqHQ> <https://www.youtube.com/watch?v=TBXQyxTgs8A>

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ACERCAR AL COLEGIO TANTO A LOS ALUMNOS COMO AL PROFESORADO LA RCP BÁSICA.
IDENTIFICAR UN CASO DE INCONSCIENCIA Y AVISAR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS CORRECTAMENTE.
INCIDIMOS EN COMO DAR LOS AVISOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

NOS HA RESULTADO DIFÍCIL EL ABORDAJE EN LOS CENTROS YA QUE EN ZONA RURAL ESTAN AGRUPADOS Y TENEMOS MUCHA DIFERENCIA DE EDAD.
LOS NIÑOS PEQUEÑOS REACCIONARON MEJOR A LA CANCIÓN Y LA VIVENCIA CON LOS MATERIALES QUE LLEVAMOS. LOS MAS MAYORES ENTENDIERON LA PRESENTACIÓN E INTENTAMOS DAR SOLUCIONES A SUS INCREIBLES PREGUNTAS.
QUEDA PENDIENTE EL AREA DE CALANDA Y SE COMENTARA CON LOS PROFESIONALES DE ESE CENTRO ADSCRITOS A ESTE PROYECTO.

7. OBSERVACIONES.

SE INTENTARA SEGUIR REALIZANDO TODOS LOS AÑOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/155 ===== ***

Nº de registro: 0155

Título
INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Autores:
SALESA ALBALATE ALBERTO, SALAS MARTIN BEATRIZ, SINUES JUDES MANUEL, MALLÉN MATEO SARA, VILLALBA MIR ANA PILAR, LATORRE BARTOLO SILVIA, FERRANDO AZNAR CLARA, LOPEZ FELEZ CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

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

PROBLEMA

Iniciar desde niños una educación en RCP básica, ya que consideramos vital esa enseñanza como educación para la salud desde niños.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0155

1. TÍTULO

INTRODUCCION A LA RCP BASICA EN LAS ZONAS DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS Y CALANDA

Los niños de seis a doce años serán capaces de identificar una situación de PCR y actuar adecuadamente, todo ello implementado en el medio rural en el que desarrollamos la actividad.

MÉTODO

En primera instancia contactaremos con los colegios y asociaciones de padres para coordinar las actividades dentro del curso escolar. El método será a base de vídeos para los más pequeños y un power point para los mayores, y luego prácticas. Se intentará que sea todo lo más participativo posible.

INDICADORES

- Pre-test y post-test adecuado para los niños y valorar conocimientos adquiridos.
- Encuesta de satisfacción

DURACIÓN

Hasta Febrero:

- Comunicar a los CRAS y centros educativos. Disponibilidad y preparación de material.
- A partir de febrero comienzo de las charlas y talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1422

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
PITARARCH CAÑADA PEDRO
MIR SORRIBAS LOURDES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades y Oferta de Servicios.

Se analizaron los indicadores de 2016 priorizando para realizar acciones de mejora en 2017 los siguientes:

Registro y plan de cuidados en EPOC
Plan cuidados Conocimientos deficientes en diabetes
Exploración y riesgo del pie diabético
Coberturas en diabetes

Se analizaron los resultados cuatrimestralmente a partir del cuadro de mando desarrollando como acciones de mejora sesiones sobre los planes personales de EPOC (fisioterapia en EPOC), pie diabético, plan de cuidados en diabetes.

También se analizaron cuatrimestralmente los indicadores de farmacia siendo priorizados los de prescripción de antibióticos en pediatría sin descuidar el resto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evolución ha mostrado mejora en la mayoría de los indicadores. Así en intervención sobre tabaquismo se ha pasado de un 63% en 2016 a un 70% en 2017 sin bajar en la tasa de detección de tabaquismo (46%). La detección de síntomas en EPOC ha aumentado un 20% respecto a 2016 (66,67%) mientras que el plan de limpieza ineficaz de vías aéreas ha aumentado un 53% (59%). Los indicadores de dependencia (caídas y Norton) han aumentado un 12 y un 28% (100% y 88% respectivamente).

En lo que respecta a diabetes hemos alcanzado un 77% de pacientes con el pie explorado (mejora de un 12% respecto a 2016) alcanzando un 77% en evaluación del riesgo. La cobertura de analíticas ronda el 80%. La glicada en los últimos seis meses se encuentra en un 56%. El registro de hipoglucemia en un 60%.

Los indicadores de utilización de antibióticos en pediatría han pasado en el caso de la faringitis estreptocócica de un 68% a un 87,6%, mientras que en otitis media ha sido de un 84% a 95,88%. Al mismo tiempo se han presentado mejoras en el resto de los indicadores de prescripción donde el año pasado, encontrando solo un indicador ligeramente fuera de rango: hipolipemiantes combinados.

En cuanto a los objetivos del sector: en evaluación con doppler de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años hemos alcanzado el 29%, lo que supone el objetivo propuesto por dirección, en cuanto a cobertura de evaluación de cáncer de cérvix se ha llegado a un 43%, 10 puntos por encima del objetivo del sector. Sin embargo, existe potencial de mejora en el indicador de espirometrías realizadas a fumadores entre 50 y 80 años en los últimos 5 años donde solo hemos aumentado un 3% (15%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La disponibilidad de información que proporciona el cuadro de mando, junto con el método de gestión por objetivos nos ha permitido abordar cómodamente los puntos débiles de nuestro centro de salud. Queda margen de mejora especialmente en el indicador de espirometrías en fumadores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1422 ===== ***

Nº de registro: 1422

Título
CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1422

1. TÍTULO

CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO DE GESTION 2017. CUMPLIMIENTO DE ATENCION A PACIENTES DIABETICOS 2017. CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

RESULTADOS DE CAMPOS PROPUESTOS (ESTADÍSTICAS): DESAJUSTES DETECTADOS DENTRO DEL EQUIPO Y CON RESPECTO AL ÁREA DE ALCAÑIZ, AL CONJUNTO DE ARAGON Y A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS PARA 2017. ES INDISPENSABLE MEJORAR RESULTADOS ESTRATÉGICOS Y DE SECTOR. E IGUALARLOS. PROCEDEREMOS AL DEBATE ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP PARA PODER ENCONTRAR LAS SOLUCIONES, ALCANZAR COMPROMISOS Y EN REUNIONES SUCESIVAS CONSEGUIR LA MEJORA PROPUESTA.

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR EL CAMPO DEL TABAQUISMO, DEL POLIMEDICADO, LOS DEL EPOC, LOS PACIENTES DEPENDIENTES; MANTENER LA ATENCIÓN A LOS DIABÉTICOS; REDUCIR TRATAMIENTOS HIPOLIPEMIANTE COMBINADOS EN AP, MEDICAMENTOS INAPROPIADOS EN MAYORES DE 75 AÑOS Y LOS DE RIESGO ANTICOLINÉRGICO EN MAYORES DE 75 AÑOS; ASÍ MISMO REDUCIR LOS PACIENTES EN ALERTA POR TRIPLE WHAMMY Y LOS AINE's EN PACIENTES CON RCV ALTO; ADECUAR ANTIIBIOTERAPIA EN FARING.-AMIGD./OTITIS ESTREPTOCOCICA.

MÉTODO

INFORMAR DE SITUACIÓN: PRESENTAR ESTADÍSTICAS.
ORIENTAR SESIONES CLÍNICAS.
COMPROMISO A TRAVES DE LA PARTICIPACIÓN.
MEJORAR NUESTRA PRESTACIÓN.
PROMOCIÓN DE LA CONSULTA PROGRAMADA.

INDICADORES

ESTADÍSTICAS DE CUMPLIMIENTO ACUERDO DE GESTION DE 2017, DE CUMPLIMIENTO DE ATENCIÓN A PACIENTES DIABÉTICOS 2017 Y DE CUMPLIMIENTO DE ACUERDOS DE FARMACIA 2017.

DURACIÓN

SEIS MESES: EVALUACIONES EN JUNIO, SEPTIEMBRE Y DICIEMBRE.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1441

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR BORRAZ MIR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TITARCH CAÑADA PEDRO
SANCHEZ GORRIZ TERESA
MIR SORRIBAS LOURDES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
TELMPE MARTINEZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crearon huecos de consulta no presencial en la agenda de OMI-AP, informando al equipo de qué casos serían susceptibles de consulta no presencial. Se realizó una actividad comunitaria en la que, en uno de sus puntos, se explicó la existencia de la consulta no presencial.
Se informó del desarrollo de la interconsulta virtual en el hospital de Alcañiz y de las especialidades que la iban a desarrollar.
Se informó de las moléculas farmacéuticas que más gasto originaban en el centro de salud, aunque no se pudo actualizar esta información por la baja de la farmacéutica del sector.
Se hizo énfasis en mejorar los registros diagnósticos en OMI-AP para mejorar el peso medio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En consulta no presencial en médicos se ha alcanzado el estándar del contrato de gestión (5,7%) mientras que no se alcanza en consultas de enfermería.
Tampoco se ha alcanzado el estándar en % de peticiones realizadas con interconsulta virtual que se encuentra en el 30%, resultado generalizado en el sector.
No se disponen de datos de eficiencia ajustados por ACGs.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo de la interconsulta virtual ha mostrado debilidades en el sector. La incorporación de las distintas especialidades ha sido irregular y en muchas ocasiones las respuestas han generado incertidumbre (recomendación de solicitud de pruebas que no están en la cartera de servicios de atención primaria, recomendaciones de aplicar protocolos de especializada que a veces se desconocen), lo que ha hecho que se volviera a la derivación clásica. Sería recomendable disponer de los indicadores de eficiencia en algún corte a mitad de año y otro en Enero, ya que al no disponer de estos datos no podemos saber si nuestras medidas están funcionando y establecer medidas correctoras concurrentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1441 ===== ***

Nº de registro: 1441

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LA MATAS

Autores:
BORRAZ MIR PILAR, PITARCH CAÑADA PEDRO, SANCHEZ GORRIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1441

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Mas de las Matas hemos encontrado varios problemas:

- Una frecuentación elevada junto con presión asistencial elevada que se justifica en parte porque cada médico pasa consulta en distintos núcleos de población donde no se pasa consulta todos los días. El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACGs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad.
- Una pirámide de cronicidad sensiblemente más gruesa en la parte superior que en el promedio de Aragón. Aunque nuestro peso medio está por encima de 1, creemos que puede mejorarse el registro diagnóstico.
- La eficiencia en derivaciones y farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Mas de las Matas.

MÉTODO

- Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
- Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
 - o Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
 - o Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
 - o Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
 - o Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.
- Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Mas de las Matas.
- Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas
Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1497

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ANA PILAR VILLALBA MIR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
LATORRE BARTOLO SILVIA
SALESA ALBALATE ALBERTO
VIDAL VILLANUEVA VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EL CONSEJO DE SALUD ES EL ORGANISMO DE PARTICIPACIÓN DE LOS CIUDADANOS EN EL CENTRO DE SALUD. EN ESTOS MOMENTOS ESTÁ MANTENIENDO UN TEMA ÚNICO QUE ES EL ACCESO EQUITATIVO A LA ATENCIÓN MÉDICA DEL CUPO DE CASTELLOTE. CUANDO PRESENTE ESTE PROYECTO: LO HICE SOLICITANDO MEJORAS O PROPUESTAS O CRÍTICAS POR DISPARES QUE FUERAN. (BRAINSTORMING). NO OBTUVE RESPUESTA ALGUNA POR NADIE DEL CONSEJO DE SALUD. CUANDO INDAGUE ME DIJERON QUE NO QUERIAN PARTICIPAR PARA NO TENER QUE IR A NINGUN SITIO. EN UN SEGUNDO INTENTO ANIMÉ DE NUEVO AL CONSEJO E INTRODUJÍ UNA NUEVA FUENTE DE INFORMACIÓN DE IDEAS. DISTINTOS GRUPOS DE POBLACIÓN DEL CENTRO DE SALUD. OBTUVE LAS SIGUIENTES IDEAS. BRAINSTORMING: MESA Y SILLAS INFANTILES CON CUENTOS, COLORES. PARA LAS EMBARAZADAS, CLASES PREPARTO, UNA SALA EN CONDICIONES. CHARLAS SOBRE EL PAPILOMA, ENDOMETRIOSIS, PROSTATA, MENOPAUSIA, LOS ESTROGENOS. EMBARAZO EN ADOLESCENTES. VIOLENCIA FILIOPARENTAL. DETECTAR MALOS TRATOS. COLOCAR UNA MARQUESINA TRANSPARENTE HASTA LA ACERA PARA QUE LOS ENFERMOS Y PACIENTES NO PASEN FRÍO Y SE MOJEN MUCHO CUANDO SE LES SACA EN SILLA DE RUEDAS O CAMILLA. DIABETES, TABACO, OBESIDAD. CAMBIOS DE HABITOS. PRIMEROS AUXILIOS: RCP (ATRAGANTAMIENTO). INTOXICACIONES. ICTUS. CRISIS EPILEPTICAS. CRISIS DE ANSIEDAD. PARA FAMILIARES DE CUIDADORES DE ALZHEIMER, MENTALES, PERSONAS DEPENDIENTES. REUNIONES DE PERSONAS CON LA MISMA PATOLOGÍA ; DEPRESIÓN...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VALORANDO ESTAS IDEAS, SE PONDRÁ EN MARCHA UNA SERIE DE SESIONES DIRIGIDAS A LA POBLACIÓN EN GENERAL O A LA POBLACIÓN MÁS ESPECÍFICA.
- ATENCIÓN SANITARIA A LA MUJER VÍCTIMA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA.
- EN RESIDENCIAS O CENTROS DE DÍA : PRIMEROS AUXILIOS .
CON ESTAS DOS LÍNEAS DE MEJORA SE PLANTEAN PARA EL AÑO 2018.
EN LA PRÓXIMA REUNIÓN DEL CONSEJO DE SALUD, SE DARÁ A CONOCER ESTE PROYECTO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL CONSEJO DE SALUD ESTA MONOPOLIZADO CON UN ÚNICO TEMA, SE DEBE DAR A CONOCER Y EXPLICAR SU FUNCIÓN. COMO ORGANISMO DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1497 ===== ***

Nº de registro: 1497

Título
¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Autores:
VILLALBA MIR ANA PILAR, SALESA ALBALATE ALBERTO, LATORRE BARTOLO SILVIA, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, BORRAZ MIR PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1497

1. TÍTULO

¿ESTA LATENTE EL CONSEJO DE SALUD DEL MAS?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

EL CONSEJO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS TIENE DOS AÑOS DE RECORRIDO.
SE FORMÓ CON LOS CONCEJALES DE LAS POBLACIONES DEL AREA DE SALUD, Y CON REPRESENTANTES DEL CENTRO DE SALUD.
DURANTE ESTE TIEMPO LAS REUNIONES HAN SIDO CON CIERTA REGULARIDAD, TRIMESTRALMENTE.
LA ORIENTACION HA SIDO, TAL VEZ EQUIVOCADA, MOSTRAMOS LOS DEFICITS MEDICOS EN PERIODO ESTIVAL .
COMO OBJETIVO EN EL CENTRO NOS HAN INDICADO LAS ACTUACIONES HACIA LA SOCIEDAD.
UN PUNTO DE PARTIDA ES EL CONSEJO DE SALUD.

RESULTADOS ESPERADOS

EL OBJETIVO PRINCIPAL VA A SER INVITAR A ASOCIACIONES CULTURALES, DEPORTIVAS, AMAS DE CASA Y DE OTRO TIPO, JUNTO CON LOS REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS Y LOS DEL CENTRO DE SALUD.
DAR A CONOCER EL NUEVO PUNTO DE PARTIDA: ES LA BUSQUEDA DE INTERESES POR LA POBLACION ...
RECIBIR UNA TORMENTA DE IDEAS POR PARTE DE TODOS Y BUSCAR LINEAS DE TRABAJO DE INTERES PARA NUESTRA SOCIEDAD.

MÉTODO

PRIMERA REUNION INVITAR A UN MAYOR NUMERO DE ASOCIACIONES Y REPRESENTANTES DE LOS AYUNTAMIENTOS.
RECOGER TODAS LA POSIBLES INQUIETUDES.
VALORARLAS EN EL CENTRO DE SALUD, COMO URGENTES, PRIORITARIAS, MEDIO PLAZO, LARGO PLAZO.
VALORAR EN CUANTO A LA POSIBILIDAD DE REALIZACION.
MARCAR TRES LINEAS DE TRABAJO.

INDICADORES

VALORAR TODAS LAS PROPUESTAS :
INTERES DE LA POBLACION.
INTERES DE LOS COMPAÑEROS DEL CENTRO.
POSIBILIDAD DE REALIZACION.
GRAVEDAD DE LA PROPUESTA.
PUNTOS DE VISTA DISTINTOS DEL USUARIO A NOSOTROS.

DURACIÓN

DURACION UN AÑO.
POSIBILIDAD DE PROLONGAR MAS TIEMPO.
LAS REUNIONES DEL CONSEJO SON TRIMESTRALES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1498

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

Fecha de entrada: 16/01/2018

2. RESPONSABLE TERESA SANCHEZ GORRIZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PITARCH CAÑADA PEDRO
TELMO MARTINEZ EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó en este centro una reunión informativa el 13 de Julio de 2017, acudieron 25 personas de mediana edad con dificultades para las nuevas tecnologías, se les enseñó a descargar el App de Saludinforma, a citar a través del móvil, a quién podemos citar, como anularla, también la introducción del pin para poder ver las citas de especializada pendientes. También se explico en que consiste la cita de demanda no presencial, como solicitarla y a que profesionales.

Se informo también de que hacer para poder retirar los medicamentos recetados en Aragón en otras comunidades que estan integradas en el Proyecto de interoperabilidad de receta eletrónica del Sistema Nacional de Salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Muy satisfactorio a los 25 participantes.
Se citan por el móvil, pueden ver las citas pendientes.
También llaman para citarse en demanda no presencial.
Se puede ver en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es muy positiva, hay personas que les cuesta iniciarse en las nuevas tecnologías pero con paciencia y enseñando bien se logran muy buenos resultados, la cercanía y poderles resolver en el momento sus dudas es muy importante.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1498 ===== ***

Nº de registro: 1498

Título
CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL, CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS EN ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

Autores:
SANCHEZ GORRIZ TERESA, PITARCH CAÑADA PEDRO, TELMO MARTINEZ EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SIN PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: INFORMACION GENERAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
INFORMAR A LA POBLACIÓN DE LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD

RESULTADOS ESPERADOS
ENSEÑAR A COMO SE PUEDE UTILIZAR LOS SERVICIOS QUE DISPONE EL SALUD (Descarga de App, como se cita, introduccion pin, ect)
PARA QUE ES LA DEMANDA NO PRESENCIAL (Para qué se puede usar este tipo de cita, como solicitarla y a qué profesionales puedo pedir una consulta telefónica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1498

1. TÍTULO

CONSULTA TELEFONICA NO PRESENCIAL. CITA MEDICA VIA MOVIL, ACCESO A CITA ESPECIALIZADA (SOLICITUD DE PIN), RECETAS MEDICAS DE ARAGON EN OTRAS COMUNIDADES

EN QUE COMUNIDADES PUEDO UTILIZAR MI RECETA ELECTRONICA.

MÉTODO
CHARLAS INFORMATIVAS EN EL CENTRO DE SALUD

INDICADORES
INTENTAR MÁXIMA AFLUENCIA

DURACIÓN
FECHA 13 JULIO A LAS 16 HORAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En septiembre de 2019, se propone al Colegio Público Valero Serrano de Mas de las Matas, impartir de nuevo las sesiones, pero se llega al acuerdo de impartirlas en primavera o final de curso escolar para que esté más espaciado en el tiempo.

En Octubre nos ponemos en contacto con el CRA Olea, y acordamos con ellos impartir las sesiones en octubre de 2020.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En último trimestre de 2018 se realizaron las sesiones en las diferentes aulas, y dado que el curso escolar es otro, y el acuerdo alcanzado era impartirlas bianualmente, en septiembre decidimos iniciar de nuevo. Tras hablar con los equipos directivos, se acuerda impartirlas de nuevo a final del curso (2019/2020) en colegio de Mas de las Matas, y en octubre de 2020 en el CRA Olea, de esta forma instauramos ya la rueda de bianual, y separamos considerablemente en el tiempo, para poder comprobar si recuerdan conceptos ya impartidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es difícil coordinar estos proyectos con los colegios llevando curso escolar diferente a nuestro año natural, quizás lo tendríamos que haber tenido más en cuenta e iniciarlo en otra época del año. En 2020 terminaremos de sacar las conclusiones, tras poder valorar si los alumnos que ya habían recibido sesión anterior, recordaban conceptos básicos. De esta forma valoraremos dejar en cartera de servicios estos talleres en nuestras escuelas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad por lo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica. En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO

En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 13/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestra Zona Básica de Salud, hay 2 colegios, el Colegio de Mas de las Matas y el Cra Olea con sede en Castellote, abarcando la escolarización al resto de nuestros niños, y a Foz Calanda, que pertenece a CS Calanda. Ya consideramos al plantearnos el proyecto, que las aulas era el espacio idóneo para iniciarse con las prácticas de RCP, además teniendo en cuenta la gran dispersión que tiene nuestra zona, es fundamental que la población tenga conocimientos de RCP.

Al inicio del proyecto se designó un responsable (Silvia Rico Gascón), quien se puso en contacto con los directores de ambos colegios, presentando el proyecto. Nos comunican que en el Cra Olea son un total de 105 alumnos, y en Colegio de Mas de las Matas 90. Una vez que los colegios aprueban en consejo escolar la aceptación de nuestro proyecto en sus aulas, nos ponemos a preparar material didáctico adaptado a las distintas edades de los niños, y a solicitar los maniqués a servicio de Formación de Alcañiz y a la asociación Cuidae. A su vez y aprovechando que en cada uno de los pueblos de esta Zona Básica de Salud hay Desfibrilador, por gentileza de las comarcas, pasamos a revisar cómo y dónde se encuentran en cada municipio, para en cada aula mostrarles el que tienen en cada pueblo y la manera de llegar a ellos. Esto nos llevo a descubrir que no se está haciendo un mantenimiento correcto de los aparatos y casi ningún niño ni maestro tenía conocimiento de la existencia del DESA en el municipio.

A continuación se fijan fechas en consenso con los tutores de las distintas aulas, así quedó fijado el calendario:

El día 24 de octubre por la mañana, grupo de infantil del colegio Mas de las Matas.
El día 24 de octubre por la tarde, grupo de 1º y 2º de primaria del colegio Mas de las Matas.
El día 27 de octubre en Cra Olea, aula de Castellote de 4º, 5º y 6º de primaria.
El día 19 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil, 1º y 2º de primaria de Castellote.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de Aguaviva, a primera hora.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de Aguaviva a última hora.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de La Ginebrosa.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de La Ginebrosa a última hora.
El día 20 de diciembre en Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart. Todos sus alumnos juntos.
El día 9 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Bordón. Todos sus alumnos juntos.
El día 11 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Foz Calanda (impartido por personal de Centro de Salud de Calanda), Todos sus alumnos juntos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Niños participantes/ total de niños entre ambos colegios
El total de niños matriculados entre ambos colegios es de 195 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres 186. Por lo tanto 186 participantes/195 matriculados = 95,38% fue la asistencia a nuestros talleres.

niños por escuela /total de cada Escuela
Colegio de Mas de las Matas : Asistieron un total de 102 alumnos/ 105 alumnos= 97,14 %
Cra Olea, aula de Castellote : asistieron un total de 28 alumnos/ 29 alumnos=96,55%
Cra Olea, aula de Aguaviva: asistieron un total de 38 alumnos /39 alumnos=97,43%
Cra Olea, aula de La Ginebrosa: asistieron un total de 15 alumnos/15 alumnos=100%
Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart: asistieron un total de 4 alumnos/5 alumnos=80%
Cra Olea, aula de Bordón: asistieron 7 alumnos/9 alumnos=77,77%
Cra Olea, aula de Foz : asistieron 8 alumnos /8 alumnos=100%

Profesores asistentes: han sido 14 los profesores asistentes junto a los alumnos en las aulas.

-Pre -test y post -test adecuado a los niños para valorar conocimientos adquiridos.
La puntuación media del pre test fue de un 5,84 y la nota media del post test de un 8,48 puntos.

En cuanto a la encuesta de satisfacción de los niños se aprecia que de media un 38% de las preguntas contestaron que estaban bastante satisfechos, un 60%, muy satisfechos y un 2% poco satisfechos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para concluir, expresamos que el proyecto ha sido muy gratificante, con muy buena acogida por parte de profesores, alumnos y también por los padres, así nos lo han hecho llegar desde las AMPAS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Hemos apreciado que como se imparte en la escuela la participación es muy alta, 95,38%, la falta de asistencia era justificada en el colegio.

Se confirma, que si que han adquirido conocimientos nuevos, dados los resultados de los test previos y posteriores, con un aumento significativo de la puntuación.

Por otra parte advertimos a alguno de los ayuntamientos que los DESAS no están en condiciones óptimas para su correcto uso, seguramente si no hacemos el proyecto no nos damos cuenta de esas deficiencias. A raíz de esto realizamos un listado de ubicación de los mismos y la manera de acceder a ellos para tener conocimiento todos los miembros del equipo, y también para difundir entre la población en general.

Consideramos que es un proyecto que debe y le vamos a dar una continuidad, pero quizás lo que hagamos para estos próximos años es acudir de manera bianual, un año al Colegio de Mas de las Matas, y al curso siguiente al Cra Olea. De esta manera en los 9 años de escolarización primaria, asistirán 4 veces a este tipo de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un 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.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si están dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Fecha de entrada: 09/02/2019

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
PITARCH CAÑADA PEDRO
BARDAJI RUIZ BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestra Zona Básica de Salud, hay 2 colegios, el Colegio de Mas de las Matas y el Cra Olea con sede en Castellote, abarcando la escolarización al resto de nuestros niños, y a Foz Calanda, que pertenece a CS Calanda. Ya consideramos al plantearnos el proyecto, que las aulas era el espacio idóneo para iniciarse con las prácticas de RCP, además teniendo en cuenta la gran dispersión que tiene nuestra zona, es fundamental que la población tenga conocimientos de RCP.

Al inicio del proyecto se designó un responsable (Silvia Rico Gascón), quien se puso en contacto con los directores de ambos colegios, presentando el proyecto. Nos comunican que en el Cra Olea son un total de 105 alumnos, y en Colegio de Mas de las Matas 90. Una vez que los colegios aprueban en consejo escolar la aceptación de nuestro proyecto en sus aulas, nos ponemos a preparar material didáctico adaptado a las distintas edades de los niños, y a solicitar los maniqués a servicio de Formación de Alcañiz y a la asociación Cuidae. A su vez y aprovechando que en cada uno de los pueblos de esta Zona Básica de Salud hay Desfibrilador, por gentileza de las comarcas, pasamos a revisar cómo y dónde se encuentran en cada municipio, para en cada aula mostrarles el que tienen en cada pueblo y la manera de llegar a ellos. Esto nos llevo a descubrir que no se está haciendo un mantenimiento correcto de los aparatos y casi ningún niño ni maestro tenía conocimiento de la existencia del DESA en el municipio.

A continuación se fijan fechas en consenso con los tutores de las distintas aulas, así quedó fijado el calendario:

El día 24 de octubre por la mañana, grupo de infantil del colegio Mas de las Matas.
El día 24 de octubre por la tarde, grupo de 1º y 2º de primaria del colegio Mas de las Matas.
El día 27 de octubre en Cra Olea, aula de Castellote de 4º, 5º y 6º de primaria.
El día 19 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil, 1º y 2º de primaria de Castellote.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de Aguaviva, a primera hora.
El día 21 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de Aguaviva a última hora.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de infantil 1º y 2º de La Ginebrosa.
El día 28 de noviembre en Cra Olea, aula de 3º, 4º 5º y 6º de La Ginebrosa a última hora.
El día 20 de diciembre en Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart. Todos sus alumnos juntos.
El día 9 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Bordón. Todos sus alumnos juntos.
El día 11 de Enero de 2019, Cra Olea, aula de Foz Calanda (impartido por personal de Centro de Salud de Calanda), todos sus alumnos juntos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Niños participantes/ total de niños entre ambos colegios
El total de niños matriculados entre ambos colegios es de 195 alumnos. Los alumnos que asistieron a los talleres 186. Por lo tanto 186 participantes/195 matriculados = 95,38% fue la asistencia a nuestros talleres niños por escuela /total de cada Escuela

Colegio de Mas de las Matas : Asistieron un total de 102 alumnos/ 105 alumnos= 97,14 %
Cra Olea, aula de Castellote : asistieron un total de 28 alumnos/ 29 alumnos=96,55%
Cra Olea, aula de Aguaviva; asistieron un total de 38 alumnos /39 alumnos=97,43%
Cra Olea, aula de La Ginebrosa: asistieron un total de 15 alumnos/15 alumnos=100%
Cra Olea, aula de Cuevas de Cañart: asistieron un total de 4 alumnos/5 alumnos=80%
Cra Olea, aula de Bordón: asistieron 7 alumnos/9 alumnos=77,77%
Cra Olea, aula de Foz : asistieron 8 alumnos /8 alumnos=100%

Profesores asistentes: han sido 14 los profesores asistentes junto a los alumnos en las aulas.

-Pre -test y post -test adecuado a los niños para valorar conocimientos adquiridos.

La puntuación media del pre test fue de un 5,84 y la nota media del post test de un 8,48 puntos.

En cuanto a la encuesta de satisfacción de los niños se aprecia que de media un 38% de las preguntas contestaron que estaban bastante satisfechos, un 60%, muy satisfechos y un 2% poco satisfechos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para concluir, expresamos que el proyecto ha sido muy gratificante, con muy buena acogida por parte de profesores, alumnos y también por los padres, así nos lo han hecho llegar desde las AMPAS. Hemos apreciado que como se imparte en la escuela la participación es muy alta, 95,38%, la falta de asistencia era justificada en el colegio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Se confirma, que si que han adquirido conocimientos nuevos, dados los resultados de los test previos y posteriores, con un aumento significativo de la puntuación.
Por otra parte advertimos a alguno de los ayuntamientos que los DESAS no están en condiciones óptimas para su correcto uso, seguramente si no hacemos el proyecto no nos damos cuenta de esas deficiencias. A raíz de esto realizamos un listado de ubicación de los mismos y la manera de acceder a ellos para tener conocimiento todos los miembros del equipo, y también para difundir entre la población en general.
Consideramos que es un proyecto que debe y le vamos a dar una continuidad, pero quizás lo que hagamos para estos próximos años es acudir de manera bianual, un año al Colegio de Mas de las Matas, y al curso siguiente al Cra Olea. De esta manera en los 9 años de escolarización primaria, asistirán 4 veces a este tipo de talleres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/703 ===== ***

Nº de registro: 0703

Título
TALLER DE RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

Autores:
RICO GASCON SILVIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, PITARCH CAÑADA PEDRO, BARDAJI RUIZ BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El lugar idóneo para iniciar con los conocimientos de primeros auxilios de manera temprana es la escuela. Los alumnos de infantil y primaria, son un 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.
En nuestro caso implementaremos la la formación por niveles, empezando por cuestiones básicas en la etapa infantil e ir introduciendo conocimientos de acuerdo a la edad.

RESULTADOS ESPERADOS
- Implicar a los profesionales sanitarios del centro para impartir los cursos en las escuelas de la zona básica de salud.
- Explicar el uso correcto del 112.
- Mejorar la actitud ante una situación de emergencia vital de los alumnos
- Adaptar el contenido de las charlas a las edades.

MÉTODO
En nuestra zona básica de salud, hay 2 colegios, El colegio de Mas de las Matas, y el CRA (Colegio Rural Agrupado) Olea, que su sede se encuentra en Castellote, y ofrece la escolarización además en Aguaviva, Bordón, Cuevas de Cañart, La Ginebrosa y Foz calanda. Este último municipio pertenece al centro de salud de Calanda, pero dado que es de este CRA, impartiremos de la misma forma la clase, para que no haya desigualdad entre alumnos del mismo CRA.

En primer lugar se designaran los responsables del proyecto. Estos se pondrán en contacto con los directores de los colegios para conocer nuestro proyecto, y saber si estan dispuestos a participar. Así mismo se acordaran las fechas en que se impartiran los talleres. (septiembre-diciembre)

Preparamos el temario adaptado a la edad de los escolares, y acordamos que el taller de los de infantil tendrá una duración de 30 minutos, y el resto 1 h aproximadamente.

Utilizaremos medios audiovisuales vistosos para captar la atención de los pequeños, y llevaremos maniqués para poder para practicar, y a su vez les indicaremos que se traigan un peluche de su casa para poder

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0703

1. TÍTULO

TALLER RCP Y PRIMEROS AUXILIOS EN LA ESCUELA

practicar de manera grupal.

Los elementos fundamentales que deben constituir la formación son el reconocimiento de parada cardiaca, seguridad de la escena, obtención de ayuda llamando al 112, la administración de compresiones de calidad y la preparación emocional para reaccionar ante un emergencia.

Contenido según grupo de edad:

Grupo de 1-3 años

emergencia

112

¿para que sirve el 112?

¿que me preguntaran?, ¿que tengo que decir?

¿desde que telefono puedo llamar?

¿que es una RCP?

Practica de RCP solo con las manos

Grupo de (7-10 años)

Además de lo anterior primeros auxilios en caso de epistaxis, atragantamiento, heridas, quemaduras, sincope y convulsiones.

Grupo (11-12 años)

Lo mismo que en los anteriores con la diferencia que la rcp se les enseñara completa.

Se realizara en cada grupo un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

niños participantes/total de niños entre ambos colegios

niños por escuela/ total de niños de cada escuela

profesores asistentes

pre-test y post-test adecuado a la edad e los niños y valorar conocimientos adquiridos.

Resultados de la encuesta de satisfacción de niños. Seran 10 preg con 4 respuestas a elegir entre nada, poco bastante y mucho

DURACIÓN

En el mes de junio se deciden responsables.

Julio y agosto se prepara el taller.

Octubre noviembre y diciembre se desarrollan los talleres.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TELMO MARTINEZ EVA MARIA
RICO GASCON SILVIA
GRACIA CARRASCO ELIAS
MIR SORRIBAS LOURDES
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
CHAVES BERMEJO LORENA
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Reunión formativa para el personal del centro de salud, no solo para los integrantes del proyecto, el 14 de mayo de 2018.
- 2.- Desde octubre de 2018 se hace responsable de la realización de las espirometrías a Lorena Chaves, tras ser asignada al centro de salud como personal de refuerzo para esta y otras tareas.
- 3.- Inicialmente la coordinadora de enfermería enseñó al resto del personal de enfermería a manejar el programa Custo, pero a mitad del 2018 este programa es sustituido por otro (SIBELMED).
- 4.- Se creó una agenda, los miércoles de cada mes para la realización de espirometrías.
- 5.- Se hizo incidencia que tanto en la consulta de atención primaria como en la de atención continuada era necesario hacer una búsqueda activa del paciente fumador y ofertarle una espirometría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados obtenidos hasta la fecha no son concluyentes. A mitad del año 2018 se cambió el programa de espirometrías y con ello parece que se han perdido datos de pacientes que no han podido ser incluidos en el estudio. Junto con el cambio del programa también se cambió el espirómetro sin que con ello se diera formación en el uso y manejo del nuevo programa y aparato. Además el hecho de tener consultas de enfermería saturadas debido al tipo de población y sobre todo a la dispersión del área de salud, hizo que de junio a octubre apenas se hiciera esta prueba. A partir de octubre de 2018, con la asignación de una enfermera de refuerzo que había rotado por pruebas funcionales en el hospital (que usan el mismo programa y aparato), y a la que se encarga de realizar las espirometrías, esta prueba comienza a hacerse de forma rutinaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con todos los problemas que han surgido en la realización de este proyecto: posible pérdida de datos con el cambio de un programa a otro, cambio del espirómetro, no contar con una persona formada para hacer la prueba hasta octubre de 2018, cambio de ordenadores del centro, con pérdida de información y teniendo en cuenta que el período de estudio era de junio a abril de 2019, no podemos hacer una valoración de los resultados hasta ahora. Se solicita el continuar con el estudio durante todo el 2019 para poder tener datos fiables y contrastables.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1236 ===== ***

Nº de registro: 1236

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Autores:
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, RICO GASCON SILVIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, MIR SORRIBAS LOURDES, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

MÉTODO

Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

INDICADORES

Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espiros.

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales en mayo - junio 2018.
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER PEREZ TORRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TELMO MARTINEZ EVA MARIA
RICO GASCON SILVIA
GRACIA CARRASCO ELIAS
MIR SORRIBAS LOURDES
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
CHAVES BERMEJO LORENA
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.- Reunión formativa para el personal del centro de salud en Mayo 2018.
- 2.- Asignación de personal responsable para la realización de Espirometrías en el centro.
- 3.- Instauración del programa Silbelmed y formación de la responsable en pruebas funcionales de Alcañiz.
- 4.- Se crea la agenda, los miércoles de 10 a 14 horas.
- 5.- Se incide cada 6 meses en la importancia de la captación de fumadores desde Atención comunitaria, y también en los de equipo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En enero de 2019 un 25% de los fumadores entre 40 y 80 años tenían espirometría realizada en los últimos 5 años. En enero de 2020 hemos alcanzado el 37'54% por lo que hemos obtenido una mejora absoluta de un 12'5% en un año. En cuanto a la prevalencia, partíamos en enero de 2019 con una prevalencia de 1'97%, alcanzando un 3'16% a 31 de diciembre de 2019. Así podemos concluir que hemos aumentado la prevalencia en un 1'19%. El total de espirometrías realizadas en 2019 han sido 100, de las cuales han resultado positivas a criterios de EPOC 6, lo cual representa un 6%. Los datos han sido obtenidos del programa OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo del proyecto nos hemos dado cuenta de que debemos aumentar la captación de fumadores para con ello seguir aumentando la prevalencia de EPOC. Nos encontramos con la situación de que muchos pacientes fumadores son reacios a la realización de la prueba, bien por falta de tiempo o por desconocimiento de su utilidad, lo que nos dificulta la detección precoz. Vamos a seguir con la consulta monográfica de espirometrías, con lo cual seguiremos intentando aumentar la detección y con ello la prevalencia de EPOC de la Zona Básica de Salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1236 ===== ***

Nº de registro: 1236

Título
REALIZACION DE ESPIROMETRIA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCION DE EPOC

Autores:
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, RICO GASCON SILVIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, MIR SORRIBAS LOURDES, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, AZNAR DELCAZO MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1236

1. TÍTULO

REALIZACIÓN DE ESPIROMETRÍA EN PACIENTES FUMADORES PARA DETECCIÓN DE EPOC

PROBLEMA

La enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) se define por la presencia de una limitación crónica e irreversible al flujo aéreo, habitualmente progresiva, asociada a una reacción inflamatoria anómala, debida principalmente al humo del tabaco.
La prevalencia de EPOC registrada en nuestra zona básica de salud es baja, en torno al 2,5% de la población. Muy por debajo de datos medios de prevalencia a nivel nacional, que en el estudio EPI-SCAN 2006/2007 en España según criterios diagnósticos GOLD es del 10,2%, de la población de 40 a 80 años. Así como muy por debajo de los objetivos establecidos por el Servicio Aragonés de Salud.
Mejora de los recursos para la realización de espirometrías tanto en el centro de salud de Mas de las Matas como en los consultorios locales de Aguaviva y Castellote.

RESULTADOS ESPERADOS

Aumentar los datos de prevalencia de pacientes EPOC en nuestro ámbito asistencial mediante la realización de espirometría forzada con prueba post broncodilatadora a pacientes fumadores.
Población diana: pacientes fumadores, ambos sexos, de 40 a 79 años

MÉTODO

Información a los miembros del EAP sobre el proyecto en una reunion.
Designar a la persona encargada de realizar espirometría.
Taller práctico de realización prueba y el aprendizaje del programa Custo,
Crear consulta específica de Espirometría y su agenda correspondiente.
Mostrar a los compañeros el documento sobre la metodología e información a los pacientes de la preparación previa a la realización de la prueba, donde se anotará día, hora y lugar del acto, así como un teléfono al que podrán llamar en caso de no poder acudir.
Captación de pacientes de ese grupo en las diferentes consultas de AP y en A.C.

INDICADORES

Aumentar prevalencia de pacientes con diagnostico EPOC de la población de referencia respecto al punto de partida.

Número de espirometrías positivas al criterio EPOC / nº total de espirometrías realizadas.

Fuente de datos para medición de indicadores: Historias de OMI, listados elaborados, registro de la consulta monográfica de espiros.

DURACIÓN

Organización y formación de los profesionales en mayo - junio 2018.
Desarrollo del proyecto a partir de junio hasta abril del 2019
En Octubre de 2018 primera valoración de resultados conseguidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR BORRAZ MIR
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RICO GASCON SILVIA
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
VILLALBA MIR ANA PILAR
GRACIA CARRASCO ELIAS
PASTOR CABALLERO PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de junio, julio y agosto del año 2018 se realizaron sesiones informativas a los profesionales sanitarios del EAP del C.S. Mas de las Matas con el fin de orientar a los mismos acerca de las actuaciones a realizar dentro del proyecto. En estas sesiones se designó a una persona responsable del programa. En estas mismas sesiones se acordó el método de difusión para llegar a la población a través de pregones locales, e información en las distintas localidades pertenecientes para realizar las sesiones a impartir en las distintas localidades, siendo están los núcleos de mayor población (Mas de las Matas, Castellote y Aguaviva). En Octubre se comienza el contacto con las diversas asociaciones y colectivos de los pueblos para marcar un calendario de actuación en los mismos con el fin de concienciar a la población de la importancia del conocimiento de los síntomas para el reconocimiento de un posible ictus. Comenzamos las sesiones en Diciembre, quedando todavía pendiente la impartición de la misma en una de las localidades, puesto que el proyecto finaliza, y según se expuso en el acuerdo en Marzo de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En las dos localidades en las que se ha realizado, quizás por los meses en los que se ha llevado a cabo, los participantes no han sido todo lo numerosos que hubiéramos deseado, salvo en la localidad principal donde el núcleo poblacional es superior al resto.. Forman parte del proyecto todas aquellas personas mayores de 18 años. El nº de participantes total ha sido de 257, hasta el momento actual pendientes de impartir la información en el tercero de los núcleos. El primero de los indicadores estaría, por tanto, sin poder calcular, dado que este era : NUMERO TOTAL DE PARTICIPANTES/ TOTAL POBLACION ADULTA DE LA ZONA BASICA DE SALUD. Calculamos pues, los dos indicadores de las poblaciones en las que se ha realizado:

NUMERO DE PARTICIPANTES DE CADA TITULAR/TOTAL POBLACION ADULTA PERTENECIENTE A DICHO TITULAR x 100

En la población mas numerosa fue de 159 participantes, entre un total de 1026. Así pues, el porcentaje de participación en esta fue de 15,5

En la siguiente población entre una población de 662, que se distribuye en 9 núcleos poblacionales, la asistencia fue de 98 personas. Así pues, el porcentaje de participación fue de 14,8

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De los resultados obtenidos hasta el momento, dada la zona básica en la que se realiza, la dispersión geográfica, la edad de los pacientes, y la época en la que se realiza, siendo que la participación de las personas que han acudido a las distintas sesiones está en torno a 50 años, y las mujeres las que mas predispuestas se encuentran a obtener la información, se concluye que, por lo que nos han comentado los mismos participantes, que la influencia del momento en el que se realiza ha pesado mas a la hora de acudir que el resto de parámetros que se valoran.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1296 ===== ***

Nº de registro: 1296

Título
RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

BORRAZ MIR MARIA PILAR, RICO GASCON SILVIA, CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, VILLALBA MIR ANA PILAR, GRACIA CARRASCO ELIAS, PASTOR CABALLERO PAULA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un accidente cerebro vascular es un episodio agudo de disfunción focal del cerebro, la retina o la médula espinal que dura más de 24 horas, o de cualquier duración si la imagen (TC o RM) o la autopsia muestran un infarto o hemorragia en el foco correspondiente a los síntomas aparecidos. La definición incluye la hemorragia subaracnoidea. La definición de AIT dice que se trata de una disfunción focal de menos de 24 horas de duración y sin evidencia de formación de imágenes de infarto.
A pesar de que las tasas de incidencia son estables y las tasas de mortalidad han disminuido durante las últimas 2 décadas, el número de episodios de ACV, la prevalencia de supervivientes de ACV, los años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD) secundaria a un ACV y las muertes relacionadas con el ACV están aumentando. El ACV es la segunda causa principal de muerte después de las cardiopatías isquémicas, y es la tercera causa de AVAD perdidos en todo el mundo.
Existen en nuestra zona básica de Salud, determinados factores (dispersión, localización geográfica, envejecimiento de la población...), que predisponen a que posibles ACVs no se detecten con la celeridad que precisan.
Si se pone en conocimiento los signos y síntomas, predominantes para la detección o descarte de un ACV a la población, y su rápida actuación ante la misma, aumentaría la probabilidad de mejora en el tratamiento y reducción de secuelas postACV, mejorando la calidad de vida de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar y explicar a la población adulta los signos y síntomas de un ICTUS, para una rápida detección. Implicar a los profesionales sanitarios del Centro de Salud para la impartición de sesiones informativas y participativas a la Comunidad.
Mejorar la actitud de la población en general ante una situación de emergencia por ICTUS.
Hacer partícipes a los activos en salud de nuestra Zona para la difusión de conocimientos.

MÉTODO

Designación de un responsable del Programa de información y de sesiones.
Realización de una sesión explicativa del Proyecto a los sanitarios del Centro de Salud, donde se llevara a cabo el reparto de tareas.
Concretar locales en cada municipio, asociaciones, colectivos... y formas de difusión de la información que se quiere transmitir.
Elaboración del material a difundir y evaluación del mismo. (power point, posters),
Realización de un test de valoración previa (10 ítems) y el mismo, tras la formación para valorar objetivamente la metodología aplicada.

INDICADORES

Numero de participantes / Total población adulta de la Zona Básica de Salud
Numero de participantes de cada titular/ Total población perteneciente a dicho titular
Evaluación y valoración del test. N° aciertos preformacion/ N° aciertos postformacion

DURACIÓN

Durante los meses de junio, julio y Agosto se realizaran dentro del mismo centro de salud las sesiones informativas del Proyecto, preparación de los materiales.
En Octubre y coincidiendo con el comienzo de actividades invernales, toma de contacto con las distintas asociaciones, residencias de ancianos... para la concreción de fechas para impartir los talleres.
Desde Noviembre de 2018 y hasta Marzo de 2019, se desarrollaran los talleres en las distintas localidades en las que se nos haya facilitado la impartición de las mismas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1296

1. TÍTULO

RECONOCIMIENTO Y ACTUACION RAPIDA POR LA POBLACION ANTE UN POSIBLE ICTUS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1390

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE TERESA SANCHEZ GORRIZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPADA QUEROL TERESA
BORRAZ MIR MARIA PILAR
AZNAR DEL CAZO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Con fecha 22 de Febrero de 2018 se realizó sesión de formación al equipo sobre facturación de cargos a terceros en tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas. Se elaboraron carteles recordatorios sobre a que pacientes había que facturar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
La facturación del 2018 fué de 35.795,43 euros, mientras que en 2017 fué de 14.568,12 euros, es decir que se ha duplicado la facturación tras nuestra acción de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La actividad formativa y la cartelería han sido efectivas para concenciar al equipo en la facturación a cargos a terceros. El equipo esta motivado a seguir realizando los cargos a terceros visto los resultados.

7. OBSERVACIONES.
Se cambió el responsable del proyecto debido a movilidad y se añade a la nueva administrativa que continuó el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1390 ===== ***

Nº de registro: 1390

Título
CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
ESPADA QUEROL TERESA, SANCHEZ GORRIZ TERESA, BORRAZ MIR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
-Facturacion: tráfico, accidentes laborales, agresiones y mutualistas

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizacion de forma correcta los impresos de cargos a terceros
- Conocimiento de la documentacion a solicitar por parte del personal sanitario
- Tramitacion de ellos

MÉTODO
- Formacion al equipo de atencion primaria del Centro de Salud de Mas de las Matas

INDICADORES
- Control de pacientes a los que se les realiza el Cargo a terceros con respecto al resto de pacientes.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1390

1. TÍTULO

CARGOS A TERCEROS EN ATENCION PRIMARIA

- Primer semestre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
VILLABA MIR ANA PILAR
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
FERRER DA PENA MARIA DOLORES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
MIR SORRIBAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SESION CLINICA DE 18-6-2018 SOBRE EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (ENVIADA).
SESION CLINICA DE 30-10-2018 EVALUACION PERIÓDICA DE RESULTADOS: RECORDATORIO GENERAL, DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES (ENVIADA).
SESION CLINICA DE 3-12-2018 EVALUACION PERIÓDICA DE RESULTADOS: RECORDATORIO GENERAL, DE PUNTOS FUERTES Y PUNTOS DÉBILES (ENVIADA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

VALORADOS LOS PACIENTES INDIVIDUALMENTE POR MEDIO DE OMIESTOS SON LOS RESULTADOS:
- CAMPOS DE ACTUACION DE MEDICINA (COMUNES CON ENFERMERÍA): INCLUSIÓN 100 %, ACOGIDA Y CLASIFICACIÓN 95 %, PLAN DE INTERVENCIÓN 90 %, REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MEDICACIÓN Y CONCORDANCIA 88 %.
- CAMPOS DE ACTUACIÓN EXCLUSIVOS DE ENFERMERÍA: VALORACIÓN DE ENFERMERÍA 44 %, VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR 71 %, CONTROL DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES 9'5 %, RIESGO DE DECÚBITOS 37'5 %.
- HAY UNA MEJORÍA INICIAL DESDE EL PUNTO DE PARTIDA, PERO AÚN QUEDA POR MEJORAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TOMA DE CONCIENCIA DE UN NUEVO RETO. VALORAR ESFUERZO. MOTIVAR. EL GRAN RETO Y LA SOLUCION ES SIEMPRE EL MISMO: INCORPRACION.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1421 ===== ***

Nº de registro: 1421

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, FERRER DA PENA MARIA DOLORES, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, MIR SORRIBAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

RESULTADOS ESPERADOS

INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.
EVITAR INGRESOS.

MÉTODO

SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

INDICADORES

% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

DURACIÓN

JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.
ENERO: REVISIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL CASTAN BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRAZ MIR MARIA PILAR
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
VILLALBA MIR ANA PILAR
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
FERRER DA PENNA MARIA DOLORES
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
MIR SORRIBAS LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SE HAN REALIZADO SEGÚN EL CALENDARIO PROPUESTO TRES SESIONES CLÍNICAS (22/7/2019, 21/10/2019 Y 29/11/2019), EN QUE SE HA PRESENTADO LOS RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO.

EL MATERIAL UTILIZADO HA SIDO DOCUMENTACION ESCRITA: EL RESULTADO DE UN MUESTREO DE PACIENTES INCLUIDOS, CON EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DISTRIBUIDO ENTRE MEDICINA Y ENFERMERIA.

EN ESTAS SESIONES:

- SE HA RECORDADO EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.
- SE HA ESTIMULADO LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA.
- SE HA DESTACADO LOS CAMPOS DE ACCIÓN DE MEDICINA Y ENFERMERÍA.
- SE HA INSISTIDO EN LA IMPORTANCIA DE SEGUIMIENTO DE ESTOS PACIENTES, POR LO QUE SE HA FOMENTADO LA CREACIÓN DE LISTADOS Y CALENDARIOS PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO.
- SE HA SEÑALADO LA IMPORTANCIA DE INCLUIR NUEVOS PACIENTES Y LA DE PRIMAR TANTO LOS ASPECTOS TANTO DE CUANTÍA DE PACIENTES INCLUIDOS COMO DE CALIDAD DE RESULTADOS.
- SE HA CONTADO CON LOS AVISOS DE OMI PARA PACIENTES A INCLUIR Y CON LAS SUGERENCIAS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEGUN LOS RESULTADOS REMITIDOS POR EL SALUD EN JULIO DE 2019:

- SE HABÍA INCLUIDO EN PROGRAMA EL 31'58 % DE LOS PACIENTES DE LA POBLACIÓN DIANA (GMA>97), SUPERANDO EL ESTANDAR PROPUESTO POR EL SALUD A SEIS MESES DEL CIERRE DEL EJERCICIO. ESPERAMOS QUE HAYA SEGUIDO AUMENTANDO ESTE INDICADOR HASTA FIN DE AÑO.

- EL 79'41 % DE LOS PACIENTES INCLUIDOS TENÍA PLAN DE INTERVENCIÓN.

ADEMÁS SE HA EVALUADO AL FINAL DEL EJERCICIO LOS SIGUIENTES INDICADORES (MUESTREO DE 16 PACIENTES A PARTIR DEL LISTADO DE PACIENTES DEL AÑO ANTERIOR, FUENTE DE DATOS OMI AP, SOBRE UN TOTAL DE UNOS 24 PACIENTES EN PROGRAMA).

- CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE MEDICINA, ALGUNAS COMUNES CON ENFERMERIA:

* SE HA ALCANZADO UN 100 % DE CUMPLIMIENTO EN CRITERIOS DE INCLUSION, ACOGIDA, CLASIFICACION Y PLAN DE INTERVENCIÓN.

* SE HA CONSEGUIDO UN 86 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE REVISION ESTRUCTURADA DE LA MEDICACION Y CUMPLIMENTACION.

- CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE ENFERMERIA:

* SE HA ALCANZADO UN 86 % DE CUMPLIMIENTO EN CRITERIOS DE VALORACION SOCIO-FAMILIAR.

* SE HA CONSEGUIDO UN 34 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA.

* SE HA LLEGADO AL 18 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE RIESGO DE ÚLCERA POR DECÚBITO.

* SE HA OBTENIDO EL 16'5 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE CONOCIMIENTOS DEFICIENTES DL PROGRAMA.

+ EN LAS ACTIVIDADES MENOS EXTENDIDAS SE HA LOGRADO UN 100 % DE CUMPLIMIENTO EN LOS CRITERIOS DE RIESGO DE DISCONFORT Y DE VALORACIÓN DEL TEMOR.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

AUNQUE QUEDA ESPACIO DE MEJORA, NUESTRA ACTIVIDAD DE MONITORIZACIÓN DE LA IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA DE CRONICIDAD ESTA DANDO RESULTADOS.

SE ESTA DESARROLLANDO LA COMUNICACION FLUIDA ENTRE LOS MIEMBROS DEL EAP Y LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1421 ===== ***

Nº de registro: 1421

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1421

1. TÍTULO

DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Título
DISEÑO DE IMPLANTACION DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO EN EL CENTRO DE SALUD DE MAS DE LAS MATAS

Autores:
CASTAN BARRIO JOSE ANGEL, BORRAZ MIR MARIA PILAR, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, VILLALBA MIR ANA PILAR, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, FERRER DA PENNA MARIA DOLORES, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, MIR SORRIBAS LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTES CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
NO SE HAN ALCANZADO OBJETIVOS PROPUESTOS EN 2017. NO SE HA DESARROLLADO LA DINÁMICA ADECUADA, DIFICULTAD DE AJUSTAR UN PLANTEAMIENTO TEÓRICO IDEAL CON LA PRÁCTICA DIARIA, DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN PCC Y CUIDADORES-SANITARIOS.
PUNTO FUNDAMENTAL: INTRODUCIR LA DINÁMICA DEL CONTROL PREVENTIVO ANTES QUE LA DINÁMICA DE ATENDER AL PACIENTE DESCOMPENSADO.

RESULTADOS ESPERADOS
INCREMENTAR LA INCLUSIÓN DE PACIENTES CON CRITERIOS DE SELECCIÓN EN EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
CONSEGUIR QUE TODOS LOS PACIENTES INCLUIDOS TENGAN UN PLAN DE INTERVENCIÓN ESCRITO ACTUALIZADO.
GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN ESTOS PACIENTES.
EVITAR INGRESOS.

MÉTODO
SESIÓN CLÍNICA SOBRE EL PROGRAMA DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
EVALUACIÓN CUATRIMESTRAL DE INDICADORES CON REALIZACIÓN DE ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS DEL ANÁLISIS DE LAS MISMAS.

INDICADORES
% DE PACIENTES CON GMA>99 INCLUIDOS EN PROGRAMA..
% DE PACIENTES CON PLAN DE ACTUACIÓN ESCRITO EN EL ÚLTIMO CONTACTO.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN EL ÚLTIMO MES.
% DE PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ASISTENCIA EN LOS ÚLTIMOS TRES MESES.
% DE PACIENTES CON CONTACTO EN AP EN LOS CUATRO DÍAS SIGUIENTES AL ALTA.
% DE PACIENTES CON MÁS DE TRES INGRESOS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES.
% DE PACIENTES INGRESADOS/MES.

DURACIÓN
JUNIO: SESIÓN CLÍNICA PROGRAMA PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO.
JUNIO-JULIO: PRIMER CORTE DE INDICADORES.
SEPTIEMBRE: SEGUNDO CORTE.
ENERO: REVISIÓN FINAL.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0155

1. TÍTULO

RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA RICO GASCON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MAS DE LAS MATAS
· Localidad MAS DE LAS MATAS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TELMO MARTINEZ EVA MARIA
GRACIA CARRASCO ELIAS
CHAVES BERMEJO LORENA
VILLALBA MIR ANA PILAR
PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER
BERLANGA RUBIO JUAN JOSE
BORRAZ MIR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Febrero convoque una reunión en Comarca del Maestrazgo con trabajadores sociales y servicio de deportes, para explicar el funcionamiento de los Activos en Salud, y para explicarles los pasos a seguir para que los activen en el blog de Atención Comunitaria. En un principio les encanta la propuesta y prometen subir los Activos. Por otra parte se intenta concertar misma reunión en Comarca Bajo Aragón, pero esta es una comarca mayor, y Mas de Las Matas parece que les significamos poco, así que me pongo en contacto telefónico con coordinadora de trabajo social, le explico y le envío por email toda la documentación y el enlace del blog, y me envía al centro de Salud al Coordinador de deporte. Le explico al Coordinador como vamos a funcionar, y como ha de subir los Activos al Blog. En Octubre, se insiste de nuevo a ambas comarcas que con las nuevas actividades del curso nos tienen que subir los Activos para poder recomendarlos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este proyecto es inviable, dependemos de las comarcas para dar de alta los Activos. A mediados de Abril es cuando podemos observar que Comarca del Maestrazgo si ha activado sus activos, pero al funcionar a modo curso escolar, en junio de nuevo aparecen cerrados. En cuanto a Comarca del Bajo Aragón, no han subido en ningún momento ningún activo, a pesar de nuestra insistencia y decirnos cada vez, que lo iban a hacer. En Comarca del Maestrazgo, les recordamos que en Octubre deben de activar de nuevo las actividades, pero a fecha de hoy todavía no están en el Blog. Creo que desde el Centro de Salud poco más podemos hacer respecto a este proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La coordinación entre todas las entes que trabajamos para la salud de la población es esencial para alcanzar el máximo grado de bienestar de la comunidad. En este caso no ha podido llevarse a cabo dicha coordinación, con lo cual nos vemos abocados a cerrar este proyecto. Por otra parte, sí hemos conseguido que las escuelas de adultos que operan en la zona básica,suban sus actividades, lo cual es de agradecer . Replantearíamos otros proyectos con estas entidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/155 ===== ***

Nº de registro: 0155

Título
RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Autores:
RICO GASCON SILVIA, TELMO MARTINEZ EVA MARIA, GRACIA CARRASCO ELIAS, CHAVES BERMEJO LORENA, VILLALBA MIR ANA PILAR, PEREZ TORRES FRANCISCO JAVIER, BERLANGA RUBIO JUAN JOSE, BORRAZ MIR MARI PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MAS DE LAS MATAS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0155

1. TÍTULO

RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS. ¿COMENZAMOS?

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA CRONICA
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: INICIAR A ESTE EQUIPO EN ACTIVOS EN SALUD

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro Centro de Salud vamos a ir cambiando la visión hacia una Atención Comunitaria Basada en Activos, en la actualidad no tenemos mapa de Activos ni Agenda Comunitaria. Vamos a comenzar en este 2019 con La Recomendación de Activos.

En nuestra Zona Básica de Salud (ZBS), contamos con pequeños núcleos de población, es una zona rural dispersa. Estudiando que activos en Salud tenemos al alcance de todos y de manera prácticamente gratuita, llegamos a la conclusión que desde el servicio Comarcal de Deportes se están ofreciendo numerosas actividades, donde ya hay gente que participa (principalmente mujeres). En nuestra ZBS, trabajan dos comarcas, por un lado La Comarca del Maestrazgo, que lleva Bordón, Castellote y Cuevas de Cañart, y en el resto de municipios son de La Comarca del Bajo Aragón, así que vamos a iniciar en el lugar idóneo para Recomendar Activos, que es la consulta individual de Atención primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de vida, bienestar físico y emocional de las personas que acudan a las actividades y evitar el aislamiento social.
- Implicar a todo el Equipo de Atención primaria para facilitar la recomendación del uso de recursos comunitarios existentes desde el Equipo de Atención primaria
- Implicar a las comarcas para que introduzcan las actividades en el sistema de Activos de Aragón, y para coordinar un seguimiento de los mismos.

MÉTODO

En primer lugar hemos tenido una reunión de equipo para valorar la posibilidad de iniciar la Recomendación de Activos, una vez acordado que seguimos adelante, el primer paso es solicitar una reunión con Trabajadores sociales y coordinadores de deportes de cada una de las Comarcas, para lanzarles la idea y explicarles como introducir los activos a la plataforma de Salud Comunitaria de Aragón. Una vez ellos nos aceptan la propuesta iniciamos nuestro proyecto.

Hemos seleccionado en principio solo 2 de las actividades que ofertan, Gimnasia de Mantenimiento y Tonificación. Desde los servicios de Deportes se encargaran de introducir los activos, pueblo a pueblo, para que podamos realizar correctamente la búsqueda desde la plataforma Omi. Sin este paso, el proyecto no tiene cabida. En las comarcas nos dan un dato importante, y es que a estas actividades por lo general casi todo son mujeres, no participan de la oferta de servicio los hombres. El nexo de unión entre Atención primaria y Servicio comarcal de deportes será Enfermería y la figura del Coordinador de deportes que podrá delegar en los monitores de dicha actividad. La población a la que vamos a dirigir estos activos serán personas mayores de 50 años con alguna patología crónica, ya sea física o social. Se realizará la recomendación en la consulta programada de enfermería o medicina, sacaremos 2 copias de la recomendación para poder llevar un registro externo a Omi y para informar también al servicio de deportes, indicando a quien hemos recomendado, y así nos pueda llevar un seguimiento de su asistencia.

El día en que realicemos la recomendación les pasaremos un pequeño cuestionario de entrada, donde registraremos constantes, pasaremos la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, y unas preguntas de lo que esperan de dicha actividad, de si la conocen, y si ya están acudiendo a ella. A finales de año los citaremos para realizar similar cuestionario añadiendo, grado de satisfacción con la actividad .

INDICADORES

- N° de pacientes que hemos dado la recomendación/ n° de pacientes que realmente han acudido a la actividad.
- N° de mujeres que hemos dado la recomendación /n° de mujeres que acuden a la actividad.
- N° de hombres que hemos dado la recomendación /n° de hombres que acuden a la actividad.
- N° de pacientes que han acudido a la actividad donde se confirma mejoría de su salud(mejoran ctes, disminuye la ansiedad o depresión, o expresan mejoría y satisfacción con la actividad)/ n° de pacientes que participan.

DURACIÓN

Iniciamos en Enero de 2019 con las reuniones de equipo y a continuación con las Comarcas. Esperamos que para Marzo ya tengamos estas actividades como Activos en Salud en la plataforma, en ese momento realizaremos una sesión clínica de la manera de registrar en Omi la actividad, y como imprimir la Recomendación, indicando a quien comunicar en comarca que lo hemos derivado. Estas actividades tienen inicio a principios de curso escolar, es decir, son desde octubre a junio, con lo cual para ser valorable y ya que nos estamos iniciando, lo vamos a extender hasta julio de 2020, realizando una memoria a finales de este año para hacer el seguimiento del proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0155

1. TÍTULO

**RECOMENDACION DE ACTIVOS PARA LA SALUD, EN EL CENTRO DE SALUD MAS DE LAS MATAS.
¿COMENZAMOS?**

OBSERVACIONES

Cabe destacar que estas actividades llevan un coste asociado que lo marca cada una de las Comarcas y se refleja en El Activo de Salud.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1016

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
QUILEZ ROYO SILVIA
TOMAS LIZANO CARLOS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un análisis de los indicadores implicados en el cuadro de mandos de diabetes de septiembre de 2016 identificando un bajo porcentaje de pacientes con valor de LDL colesterol alto riesgo cardiovascular y muy alto riesgo cardiovascular que tenían el LDL bien controlado por debajo de 100 y de 70 mgr/dl respectivamente. Siendo el porcentaje del 47.76 y 15.27% respectivamente, Además en los pacientes con alto o muy alto riesgo cardiovascular en un porcentaje del 33% y un 28% respectivamente no tenían determinación de LDL en el último año. Se sacó un listado de diabéticos de nuestro centro por CIAS y se repartieron entre el personal involucrado para la detección de los pacientes y realización de analítica. Se han excluido del listado los pacientes que al inicio del plan de mejora estaban incluidos en nuestra cartera de servicios y que han desaparecido de la BDU, por traslado a otra ZBS o por fallecimiento.
Evaluación de la mejora de los indicadores en los distintos cortes e información de los resultados a los profesionales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

MARZO 2017

% de pacientes con alto riesgo cardiovascular y determinación de LDL en el último año: 78 %
De todos los pacientes con alto riesgo y determinación de LDL, 48.71% estaban dentro de rango y el 51.28, por encima de lo deseable, prácticamente los mismo resultados que en Septiembre del 16. Hemos analizado las posibles causas y hemos encontrado que un 20% de pacientes tienen cifras límite de COL LDL, que se decidió no tratar y que el sistema detecta que no cumplen objetivos Tenemos que aumentar cobertura y mejorar resultados.
% de pacientes con riesgo cardiovascular elevado y determinación de LDL en el último año 79%.
Pacientes con riesgo muy alto y LDL < 70, el 20.25% están dentro de rango y el 79.74% tienen los valores de LDL por encima de lo deseable. (Hemos mejorado la cobertura y han aumentado los valores dentro de rango, mejorando un 5%).

SEPTIEMBRE 2017

% de pacientes con alto riesgo cardiovascular y determinación de LDL en el último año: 81%
% de pacientes con alcance de cifras objetivo de LDL: dentro de rango el 45.67% y mal controlados el 54.32%
% pacientes con riesgo cardiovascular muy alto y determinación de LDL en el último año: 86%
% de pacientes con riesgo muy alto y LDL < 70: 31,39% (mejora del 11%)

Analizando las causas, no hemos aumentado las dosis de hipolipemiantes en la mayoría de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque se ha mejorado un 11% en el objetivo de riesgo cardiovascular alto y hemos mejorado nuestras coberturas de analítica, por encima de los resultados del sector y la Comunidad Autónoma, no hemos cumplido nuestras expectativas. Hemos observado que un 8% de pacientes no toleran estatinas por mialgias o alteración de CPK, Un 5% presenta mala adherencia al tratamiento. El 69% de los pacientes están en tto con estatinas, de ellos, se les ha subido la dosis al 25%. Hay que tener en cuenta que un % significativo de pacientes se encuentran en cifras cercanas a 100, por lo que en muchos casos se ha decidido no aumentar dosis de estatinas por evitar efectos secundarios. La dosificación de estatinas y el alcance de cifras objetivo tienen como factor limitante los efectos secundarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1016 ===== ***

Nº de registro: 1016

Título
MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1016

1. TÍTULO

MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA DISLIPEMIA PARA DISMINUIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN DIABETES TIPO II

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE, QUILEZ ROYO SILVIA, TOMAS LIZANO CARLOS, MARTIN RODRIGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS

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

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

PROBLEMA

La diabetes tiene una elevada prevalencia y un elevado número de complicaciones que aumentan la mortalidad. Así mismo tiene una gran repercusión en la calidad de vida del paciente.
Se ha descrito que la dislipemia aumenta el riesgo cardiovascular de todos los pacientes y sobre todo en los diabéticos. Hemos valorado el cuadro de mandos de diabetes de nuestro equipo y hemos visto que muchos de nuestros pacientes con alto riesgo cardiovascular no reciben adecuadamente tratamiento para la dislipemia y algunos, no tienen determinación de colesterol en la analítica, por diferentes causas. Por ello, creemos importante estudiar las causas de que esto ocurra y solucionarlo para intentar minimizar el riesgo cardiovascular de estos pacientes

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- aumentar a la totalidad el número de pacientes con diabetes al que se les practica estudio de dislipemias
- 2.- Identificar las causas de que no reciban tratamiento
- 3.- aumentar la cobertura de pacientes con diabetes a los que se disminuye el riesgo cardiovascular con una disminución del LDL colesterol

MÉTODO

- 1.- Búsqueda activa de todos los diabéticos tipo II que hay en nuestra zona de salud. La captación se hará telefónicamente o en consulta por parte de todo el personal implicado
- 2.- Realización de analítica con perfil lipídico a todos aquellos que no la tengan hecha en el último año
- 3.- Comprobación de cumplimiento de tratamiento en los que no hayan cumplido objetivos de LDL colesterol y tengan prescrito el mismo
- 4.- implantación de tratamiento en todos aquellos que teniendo LDL por encima de objetivos, no lo reciban
- 5.- El equipo se reunirá mensualmente para reflexionar sobre la idoneidad de los resultados que se van alcanzando, analizando causas y proponiendo actividades de mejora

INDICADORES

Se analizarán todos los pacientes diabéticos tipo II sin rango de edad.
Monitorización mensual de la evolución del indicador de dislipemias en el cuadro de mando de diabetes, tanto de cobertura como de cumplimiento de tratamiento de pacientes diabéticos con alto o muy alto riesgo cardiovascular

DURACIÓN

Creación del grupo de trabajo septiembre de 2016
Inicio del proyecto con captación de pacientes y realización de analíticas, en caso necesario, en septiembre de 2016
Primera evaluación en diciembre de 2016
Mensualmente; reunión de equipo para evaluar las causas, identificar oportunidades de mejora y analizar las causas
Marzo 2017; reevaluación de resultados
Septiembre-2017. Evaluación final

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 - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 1.Creación de la agenda de espirometrias en OMI.
- 2.Captación de todos los pacientes fumadores de 40 a 80 años sin espirometria previa tanto via telefónica como en consulta medica y de enfermería.
- 3.Detección de pacientes fumadores que no tenian el episodio en OMI por parte de todo el equipo
4. Consejo breve a todos los pacientes fumadores que acudieron al centro por el motivo que fuera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a la realización de espirometrias en pacientes que cumplan los criterios se han realizado en un 9,68%. Ha sido difícil que el paciente venga al centro ha realizarse la prueba, bien por la distancia del domicilio al centro de salud o por el poco interés en realizarsela.
Previo a la realización de la espirometria se ha hecho calibración del equipo quedando registrada la misma.
En cuanto a detección de hábito tabáquico, hemos tenido una detección de un 61,73 %, habiéndose implicado todo el EAP tanto de mañanas como de atención continuada.
Sobre los pacientes fumadores se ha conseguido una intervención tabáquica, a través del consejo breve o intensivo, de un 94,75%.
En la citación de espirometrias en la agenda creada para ello, hemos observado un infraregistro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos tanto en detección del hábito tabáquico como en intervención han sido buenos, la implicación del personal de atención continuada para intervenir sobre todo en pacientes jóvenes que no frecuentan el centro en horario de mañana ha sido importante.
La captación de pacientes fumadores para la realización de espirometrías sigue quedando pendiente, incidiendo en la importancia de que el personal sanitario insista al paciente en la importancia de su realización.
El infraregistro de la agenda de espirometrias puede deberse precisamente por el bajo numero de citación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título
DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, MALLÉN EDO MARTA, QUÍLEZ ROYO SILVIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, TOMAS LIZANO CARLOS, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S. MUNIESA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- * Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años
- * Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

MÉTODO

- * Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro
- * Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- * Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES

- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo
- % de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

DURACIÓN

- * Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz
- * Junio: sesión sobre consejo antitabáquico
- * Junio-Diciembre: Implementación del programa
- * Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.
- * Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLÉN EDO MARTA
TOMAS LIZANO CARLOS
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES REALIZADAS

- Se implicó a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en su contrato de gestión individualizado, la detección de tabaquismo, intervención y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años.
- Se hizo una reunión en el equipo sobre como realizar una intervención tabáquica
- Se llamo via telefónica a los pacientes susceptibles para la realización de la prueba y se colgaron carteles en los consultorios para animar a la realización de la espirometría.
- Se realizaron maniobras periódicas de calibración del espirómetro, hasta que tuvo que mandarse a mantenimiento por fallo en el táctil de la pantalla, pero se realizó de nuevo a su vuelta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años: 21,49%, se ha obtenido una mejoría de un 6% respecto al año anterior.
- Respecto a la intervención tabáquica hemos pasado de un 80 % en el año 2016 a un 92% en el año 2017.
- En detección nueva de hábito tabáquico se ha pasado de un 78% en 2016 a un 83 % en 2017.
- El porcentaje de pacientes con EPOC que han abandonado el hábito tabáquico no lo hemos podido determinar
- La prevalencia en EPOC se encuentra en el 5,42% de los pacientes, duplicando la del sector y de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque hemos mejorado un 6% en el porcentaje de pacientes con espirometría realizada según los indicadores, nuestras expectativas era mayores, una de las causas de ello ha podido ser la poca implicación de los pacientes, ya que muchos de los que se les ha ofrecido la prueba no han querido realizarsela.

Tenemos un 83,45% en la detección del paciente fumador, respecto al 46,27 % del Sector, y en relación a la intervención tabáquica nuestro resultado de centro es de un 92,78% respecto al 57,89% del Sector. (anexo II) En el aumento en intervención tabáquica y detección ha contribuido entre otros factores como la formación, la implicación de MAC y EAC ya que al estar preferentemente en horario de tardes noches, se ha podido llegar a población joven, estudiantes, trabajadores que no suelen ir a consulta habitual de mañana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1352 ===== ***

Nº de registro: 1352

Título
DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE MUNIESA

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, MALLÉN EDO MARTA, QUILEZ ROYO SILVIA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, TOMAS LIZANO CARLOS, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1352

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA EN EL C.S.MUNIESA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es habitual que el diagnóstico de la enfermedad obstructiva crónica se realice cuando el paciente está sintomático o a raíz de un ingreso. El reto desde atención primaria es hacerlo en fases precoces en pacientes con factores de riesgo, cuando el consejo antitabáquico es la mejor medida para evitar la evolución de la EPOC. Se da la circunstancia de que los pacientes fumadores suelen ser más jóvenes que los que vienen a las consultas y son más frecuentadores del horario de atención continuada, por lo que son más difíciles de captar y habrá que diseñar estrategias que nos permitan abordar las tareas de detección en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- * Incrementar la detección de EPOC en pacientes fumadores entre 40 y 80 años
- * Realizar consejo antitabáquico intensivo en los pacientes detectados, con la finalidad de conseguir el abandono del hábito

MÉTODO

- * Sesión sobre consejo antitabáquico y la estrategia de EPOC en el centro
- * Implicación a los MAC y EAC en la detección, incluyendo en la evaluación individual de su contrato de gestión los indicadores de detección de tabaquismo, intervención sobre tabaquismo, y % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- * Calibración regular del espirómetro demostrada por la cumplimentación del registro

INDICADORES

- % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con espirometría realizada en los últimos 5 años
- Indicadores del contrato: detección del tabaquismo e intervención sobre tabaquismo
- % de pacientes epoc fumadores detectados que han abandonado el hábito de fumar a los seis meses.

DURACIÓN

- * Mayo-Junio: rotación del enfermero/a en Alcañiz
- * Junio: sesión sobre consejo antitabáquico
- * Junio-Diciembre: Implementación del programa
- * Cuatrimestralmente: recepción y análisis de los indicadores remitidos desde dirección de atención primaria del sector con realización de acciones de mejora si procede.
- * Enero 2017: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MIGUEL ANGEL DE MINGO USON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO
QUILEZ ROYO SILVIA
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA
FESSENDEN GOMEZ JESSICA
MORT GUIU CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Gestión de indicadores: El coordinador del centro y la coordinadora de calidad han mostrado cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del SALUD y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos.

- Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar. Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.

- Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo.

Tras las revisiones cuatrimestrales se han desarrollado las siguientes acciones de mejora:

Planes de cuidados en EPOC. Sesión con enfermería para cuidado del paciente EPOC

Sesión sobre pie diabético...

Sesión sobre el plan de conocimientos deficientes en diabetes..

2. Actividades relacionadas con los procedimientos ISO. Se referencian en el apartado de resultados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Estos son los resultados comparativos con 2016:

INTERVENCIÓN TABAQUISMO: 2016 80,62% 2017 92,78%
MEJORA ABSOLUTA 12,16%
DETECCIÓN TABAQUISMO: 2016 78,09% 2017 83,45%
MEJORA ABSOLUTA 5,36%
RCV: 2016 88,64% 2017 89,96%
MEJORA ABSOLUTA 1,32%
EPOC SINTOMAS: 2016 62,96% 2017 69,93%
MEJORA ABSOLUTA 6,97%
EPOC VIAS AEREAS: 2016 11,1% 2017 53,85%
MEJORA ABSOLUTA 42,75%
CAPTACIÓN DEPENDIENTE: 2016 24,78% 2017 14,27%
MEJORA ABSOLUTA -10,51%
RIESGO DE CAIDAS: 2016 48,39% 2017 88,89%
MEJORA ABSOLUTA 40,5%
NORTON: 2016 43,48% 2017 66,67%
MEJORA ABSOLUTA 23,19%

EN CUANTO A DIABETES:

RIESGO DEL PIE: 2016 29,46% 2017 57,60%
MEJORA ABSOLUTA 28,14%
HBA1C CADA 6 MESES: 2016 46,04% 2017 52,83%
MEJORA ABSOLUTA 6,79%
CONOCIM. EN DIABETES: 2016 61,63% 2017 55,66%
MEJORA ABSOLUTA -5,97%
MICROALBUMINURIA HECHA: 2016 62,84% 2017 83,96%
MEJORA ABSOLUTA 21,12%
GFR HECHO: 2016 49,81% 2017 77,36%
MEJORA ABSOLUTA 27,55%
PRESIÓN ARTERIAL TOMADA: 2016 58,24% 2017 77,36%
MEJORA ABSOLUTA 19,12%
LDL COL. HECHA: 2016 68,49% 2017 83,05%
MEJORA ABSOLUTA 14,56%
EXPLORACIÓN DEL PIE: 2016 44,83% 2017 74,53%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

MEJORA ABSOLUTA 29,7%

REGISTRO DE HIPOGLUCEMIA: 2016 49,8% 2017 56%

MEJORA ABSOLUTA 6,2%

Los indicadores de tabaquismo se desarrollan en proceso aparte, que como vemos han mejorado sensiblemente. También los indicadores de EPOC han mostrado mejoría sensible así como los del paciente dependiente. Han mejorado los indicadores del paciente dependiente sensiblemente aunque la captación ha caído 10 puntos.

En cuanto a diabetes de la exploración del pie ha mejorado un 30% respecto a 2016. La cobertura de glicada supera el 50%, aunque hay margen de mejora. El resto de coberturas analíticas está cercano al 80%. Sin embargo el registro del plan personal de conocimientos deficientes ha empeorado, lo que habrá que tratar el año 2018.

En indicadores de farmacia, los objetivos de prescripción de antibióticos en pediatría se han cumplido en un 96% en el caso de otitis media y un 97% en faringoamigdalitis estreptocócica. También destacamos una mejora de 5 puntos en la selección eficiente de estatinas (83,8%), mientras que el resto se mantienen del año anterior cumpliendo estándares mínimos y a escasa distancia del estándar excelente.

En cuanto a los procedimientos básicos de ISO se han revisado en auditoria interna y se ha hecho la revisión por la dirección.

- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. La auditoría interna destacó la buena implementación del procedimiento de almacenes y botiquines. No se han detectado problemas en 2017

- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave. Se ha resaltado el buen desempeño en la auditoría interna.

- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos. La auditoría interna señaló la falta de algún equipamiento en el material de urgencias (mascarillas laríngeas), ya repuesto y la ausencia de palas pediátrica en el laringoscopio.

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente. 20 incidencias registradas que han dado lugar a acciones de mejora. Destaca la recepción de una dosificación de Sintrom desde hematología de Alcañiz 10 veces superior a la que necesitaba la paciente por un error de digitación. Como ya había ocurrido algo similar hace años, el centro ya había desarrollado un procedimiento de entrega del informe de anticoagulación que incluye la revisión previa por el enfermero del centro que detectó el problema.

- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas. Se ha llevado a cabo el plan de formación establecido.

- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones. En la auditoría se evidenció que no se había revisado el electrobisturí desde hace más de un año. Además se puso en marcha la actividad de calibración del espirómetro, ya que se disponía de jeringa de calibración en el centro pero no se utilizaba. Se produjo una muerte fetal intraútero que no fue detectada en el centro por la matrona debido a que carecía de doppler feta. Se detectó un mes después en el hospital y pudo haber tenido consecuencias para la madre. En estos momentos se dispone ya de doppler fetal.

- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura. Se ha desarrollado sin problemas

9. Revisión por la dirección: se ha realizado con fecha del 30/10/2017. Incluye la evaluación de la encuesta de satisfacción con buenos resultados.

10. Auditoría interna: 31/6/17. Se destaca el buen control de almacenes y botiquines y de la esterilización. Sus hallazgos han dado lugar a los siguientes proyectos de mejora:

- El laringoscopio solo tiene un tipo de palas: de adulto
- Solicitud a mantenimiento de la revisión del electrobisturí.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La sistemática ISO sigue implantada sin problemas, habiendo incrementado la seguridad clínica de la atención prestada. Su desarrollo se ha asentado dentro de las tareas del equipo con normalidad sin interferir en el desarrollo de las actividades asistenciales puras. Se mantiene la implicación del equipo en la gestión por objetivos que siguen mejorando cada año, aunque este año se han mostrado algunos puntos débiles.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1353

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

***** ***

Nº de registro: 1353

Título
MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, QUILEZ ROYO SILVIA, TOMAS LIZANO CARLOS, MALLEEN EDO MARTA, FESSENDEN GOMEZ JESSICA, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, MORT GUIU CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El centro de salud de Muniesa está certificado desde el año 2010 con norma ISO 9001:2008. En los últimos años hemos perdido un médico de los cuatro que éramos en una zona de elevada dispersión poblacional que exige mucho tiempo de desplazamiento. En nuestro proyecto hemos detectado e intervenido regularmente sobre los distintos aspectos descritos en la norma, habiendo solucionado numerosos problemas. Nuestro reto es seguir detectando problemas para intervenir precozmente sobre ellos. Además este año tenemos el reto de incorporar los aspectos de la gestión de riesgos incluidos en la nueva versión de la norma.

RESULTADOS ESPERADOS
Detectar e intervenir precozmente sobre los problemas o riesgos detectados en nuestros centros de salud, documentando nuestras actividades de forma regular.

Renovar la certificación ISO 9001 en el año 2017

MÉTODO
- Gestión de indicadores: El coordinador del centro y el coordinador de calidad mostrarán cada cuatrimestre los indicadores de los objetivos estratégicos del salud y del sector, analizando los indicadores que se van retrasando en el alcance de los objetivos. Derivados del análisis del año pasado en estos momentos tenemos las siguientes acciones de mejora pendientes;
o Planes personales en enfermería: sesión sobre registro de los planes personales nuevos
o Indicadores nuevos: sesión sobre registro e implantación de nuevos servicios
o Implantación del doppler
o Indicadores de farmacia: Sesión sobre planes de acción ante los indicadores que pueden mejorar (los últimos). Implicación de MAC en los dos indicadores de prescripción de pediatría, incluyéndolos en la valoración de su productividad.
o Eficiencia en visitas: Implantación de CONSULTA NO PRESENCIAL y sesión clínica DEJAR DE HACER PARA PODER HACER (sesión clínica)
o Eficiencia en farmacia: Sesiones clínicas con exposición de las moléculas de mayor gasto y alternativas posibles, sobre todo en aquellas que no aporten nada nuevo (Realizar con Arantza).
- Gestión del almacén y botiquín: el responsable de almacén revisa regularmente que la sistemática del almacén sigue implantada y controla los stocks y caducidades. Lo mismo se realiza en cada consultorio con mini-almacenes
- Gestión de la esterilización: Realización de controles biológicos, y químicos una vez a la semana en un ciclo del autoclave.
- Gestión de equipamientos, botiquines y materiales de urgencias: el responsable verifica una vez al mes que se sigue la sistemática de control del carro de paradas y maletines, verifica sus contenidos y chequea los equipamientos críticos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1353

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD CERTIFICADO CON NORMA ISO 9001:2016 ATENCION PRIMARIA

- Gestión de incidencias: periódicamente el coordinador de calidad analiza las incidencias y reclamaciones estableciendo proyectos de mejora si lo cree conveniente
- Gestión de la formación: el responsable elabora un plan de formación con carácter semestral controlando las asistencias a las sesiones clínicas
- Gestión de equipamientos: el responsable de equipamientos mantiene un registro de los equipos del centro, comprueba que están correctamente identificados, mantiene un registro de salida y entrada de los que se lleva mantenimiento y recoge los certificados de las verificaciones
- Gestión de vacunas: A diario se registra la temperatura de la nevera de vacunas, actuando en caso salir de rango la temperatura
- Revisión por la dirección: con carácter anual se realiza una revisión del alcance de objetivos, los proyectos de mejora realizados y las necesidades detectadas comunicando a dirección los aspectos más relevantes del sistema de gestión del centro, solicitando si es preciso recursos para aquellos aspectos que lo requieran.
- Una vez al año somos auditados por un auditor del salud, implantando acciones de mejora sobre las desviaciones que nos señalan
- Cuando procede somos auditados externamente

INDICADORES

Mantenimiento de la certificación ISO

Los objetivos estratégicos y comunes del contrato tanto del salud como del sector

DURACIÓN

- * Evaluación cuatrimestral de objetivos, incidencias y reclamaciones.
- * Mayo: revisión por la dirección
- * Junio-Septiembre: auditoría interna
- * Enero 2018: evaluación final de objetivos, incidencias y reclamaciones

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0937

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE ALBERTO SALESA ALBALATE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARA GALLARDO MARIA JOSE
MALLEN EDO MARTA
MUNIESA NAVARRO INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Planificación:

Los primeros meses del proyecto se destinaron a la planificación e inventariado de los DESA existentes y contactos con ayuntamientos.

-Solo existe un desfibrilador en Alcaine, el cual no esta registrado en la DGA y tiene el material caducado.
-En los contactos con los ayuntamientos se aprecia buena disposición para implantar DESA y formar a la mayor población posible. Los principales problemas que se presentan son en cuanto a presupuesto y a la poca gente que estaria dispuesta a formarse.

Actuaciones:

-En Alcaine se habla con el ayuntamiento para renovar el material y compran palas y baterias nuevas. Se hace un reciclaje de RCP basica y desfibrilador al alguacil ya que es el que tiene llave del consultorio, que es donde se encuentra. El reciclaje se realizara cada año, intentando captar a mas gente. Tambien se habla con el ayuntamiento de si es posible se realizara un curso completo para 4-5 personas con la correspondiente homologación del desfibrilador por la DGA. Se volvera a contactar a finales de año.

-En Alacon esta previsto colocación del DESA a principios de 2019 tras los contactos con el ayuntamiento. Tras su colocación se realizaran charlas para la población.

-En Huesa del Comun tambien muestran mucho interes en adquirir un desfibrilador y optan por la opción de proponerselo a la comarca de las Cuencas Mineras. En dicha localidad y mientras esperamos noticias se realiza una charla de Rcp básica y DESA a la que acuden unos 25 vecinos con gran aceptación.

-En Muniesa tras los contactos con el ayuntamiento en el consejo de salud también esta prevista la colocación de un DESA en 2019. En esta localidad se ha comenzado a dar curso de RCP básica y DESA a los integrantes del cuartel de la guardia civil y nos hemos puesto en contacto con la asociación de amas de casa para le realización de charlas.

-En el resto de municipios ha gustado la idea pero no se observa actitud positiva para la formación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Evaluación (hasta la fecha 8-enero-2019)

La acogida por los municipios y la gente ha sido muy buena. Tras las charlas se pasa encuesta y el 100 % de los encuestados valora 10/10 al profesorado y 9'5/10 los contenidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy dificil en poblaciones tan pequeñas encontrar población diana para los talleres de RCP, ya sea por apatia o simplemente por condición física. En los meses de verano o con gente que viene ocasionalmente a los pueblos si que se observa mas interes, pero no es el objetivo de este proyecto.

La mayoría de municipios se han acogido a una subvencion de material para comprar desfibrilador. En cuanto lo tengan retomare de nuevo las charlas y formación aunque sea solo una persona para cada pueblo.

7. OBSERVACIONES.

En la mayoría de municipios se han acogido a una subvención para comprar el desfibrilador. Queda pendiente la formación cd se reciban los aparatos.

En el colegio de Alacon también queda una charla prevista para Marzo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/937 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0937

1. TÍTULO

TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Nº de registro: 0937

Título
TALLERES DE RCP BASICA Y DESFIBRILADOR EN ZONAS RURALES ALEJADAS

Autores:
SALESA ALBALATE ALBERTO, BARRA GALLARDO MARIA JOSE, MALLÉN EDO MARTA, MUNIESA NAVARRO MARIA INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente trabajo en Muniesa, centro que tiene muchos núcleos alejados del centro de salud. Considero primordial que la población de los núcleos rurales tengan conocimientos básicos de RCP por su distancia al centro médico, ya que en caso de urgencia la asistencia se puede demorar en algunos casos casi media hora.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivos:
-Intentar que en cada núcleo rural alejado parte de la población tenga conocimientos básicos de RCP y manejo de desfibrilador
-Inventariar desfibriladores que existan en la zona y comprobar su estado
-Conciencia a ayuntamientos y comarcas de la necesidad de tener Desfibriladores en zonas alejadas

MÉTODO
Acciones:
Inventariado de desfibriladores
Contacto con ayuntamientos y comarcas si es necesario, de manera individual o a través del consejo de salud
Talleres de RCP básica y con manejo de desfibrilador
Estas actividades se realizarán por todos los integrantes del proyecto. Actualmente cuento con un muñeco de RCP (personal) con el cual se pueden realizar talleres para pocas personas. En casa de tener grupos más grandes sería necesario contar con más recursos materiales.

INDICADORES
Indicadores
-Intentar formar a 8-10 personas por cada 100 en núcleos rurales alejados.
-Encuestas de satisfacción de usuarios

DURACIÓN
Primeros dos meses: comunicación con ayuntamientos e inventariado de desfibriladores
Resto del año: Planear conjuntamente con los ayuntamientos los talleres en cada municipio

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE MARTA MALLEN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALESA ALBALATE ALBERTO
MUNIESA NAVARRO INMACULADA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARGO M JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZATIVAS:

Se presentó el proyecto al equipo, teniendo buena aceptación, a continuación se expuso en Consejo de Salud. Se solicitó una reunión con las amas de casa. En la charla informativa se dió a conocer el proyecto, animando a promover y fomentar la salud a través del ejercicio físico, y explicando sus beneficios y fomentar las relaciones sociales. Se explicó con detalle el recorrido que íbamos a realizar, duración de la actividad, así como la preparación (ropa deportiva y cómoda, zapatillas de deporte, botellín de agua, protección solar, el calentamiento y estiramientos antes del paseo y estiramientos al finalizar). La charla la dimos en la polivalente de la localidad en el mes de Enero.

Dimos difusión de los paseos a través de las redes sociales, en nuestra página de facebook del centro de salud. Se distribuyó por los lugares más frecuentes de la población, carteles. El Ayuntamiento también se encargó durante las primeras semanas de echar bandos recordando la actividad.

A lo largo de todas las semanas, desde que se comenzaron los paseos, en nuestra página de facebook hemos ido informando a la población de nuestro paseo semanal, y animando a seguir sumando en salud.

INTERVENCIÓN:

La actividad comenzó el día 7 de Mayo, a las 8:30 en el Centro de salud, comenzamos el primer día con 9 personas, y hemos ido aumentando hasta participar 17 personas. El primer día se tomó TA, FC, PESO y se explicó brevemente los beneficios del deporte.

En las consultas y en Atención Continuada se fue informando sobre la actividad y captando participantes. En otras poblaciones de la zona básica de salud también se ha informado de la actividad, consiguiendo que vinieran. participantes de otros pueblos.

Se han realizado todos los lunes, desde las 8.30 hasta las 9.30, siempre previo al paseo con calentamiento y estiramientos, y posterior al paseo, estiramientos. Todos los días han ido acompañados por enfermeras de atención continuada, fuera de su horario laboral o por los enfermeros que cubren las mañanas. Durante los paseos hemos realizado educación para la salud, tratando varios temas a lo largo de los días (consejo antitabaco, alimentación,)

El 25 de junio fue el último día de paseo, dejando los meses de verano de descanso por las altas temperaturas, y ofrecer una mejor asistencia sanitaria, al aumentar la población en la época estival.

En septiembre (día 17) reanudamos los paseos, habiendo buena aceptación por parte de la población, participando 13 personas el primer día.

Para el mes de Noviembre estaba previsto una Charla -taller "Sobre beneficios del deporte en la salud" impartida por nuestro compañero Dr. Alex Villanueva. Se ha ido retrasando, no pudiéndola realizar en estos meses, por falta de personal médico que ha obligado a cubrir y doblar consultas, con lo que ha resultado difícil encontrar un día adecuado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha aumentado el grado de satisfacción personal y bienestar de los participantes.

Se ha conseguido los objetivos de fomentar la práctica del ejercicio físico y crear el hábito, así como favorecer las relaciones intrapersonales. Cada día ha aumentado el número de participantes y se ha logrado que ellos crearan grupos para salir a pasear sin nuestra compañía.

Los participantes han mostrado su satisfacción y deseo que se realicen actividades de este tipo que impliquen a la población.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta del proyecto en la población.

7. OBSERVACIONES.

Queda pendiente de realizar la charla.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1155 ===== ***

Nº de registro: 1155

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Autores:
MALLEN EDO MARTA, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, la diabetes. El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular. Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta, de un porcentaje alto de sedentarismo.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:

- Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
- Promover un estilo de vida saludable.
- Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:

- La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
- Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

MÉTODO

- Comunicación a los miembros del equipo.
- Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
- Charla informativa con las Amas de casa de la poblacion de Muniesa.
- La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
- En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
- Inicio de los paseos. El primer día se dará un breve explicación sobre los beneficios del ejercicio, así como debemos ir preparados para la actividad (ropa cómoda, botellin agua, zapatillas deportivas, protección solar..).
- Se realizará todos los lunes, partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
- Taller: "Los Beneficios del deporte".
- Taller: "Alimentación saludable y dieta"

INDICADORES

- Toma de TA y peso, calculando su IMC. Inicio y final del proyecto.
- Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
- Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

DURACIÓN

Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MARTA MALLEN EDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALESA ALBALATE ALBERTO
MUNIESA NAVARRO INMACULADA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BARA GALLARDO MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ORGANIZATIVAS:

Se presentó el proyecto al equipo, teniendo buena aceptación, a continuación se expuso en Consejo de Salud. Se solicitó una reunión con las amas de casa. En la charla informativa se dio a conocer el proyecto, animando a promover y fomentar la salud a través del ejercicio físico, explicando sus beneficios y fomentar las relaciones sociales. Se explicó con detalle el recorrido que íbamos a realizar, duración de la actividad, así como la preparación (ropa deportiva y cómoda, zapatillas de deporte, botellín de agua, protección solar, ejercicios de calentamiento y estiramientos antes del paseo y al finalizar). La charla la dimos en la polivalente de la localidad de Muniesa en el mes de Enero.

Dimos difusión de los paseos a través de las redes sociales, en nuestra página de Facebook del centro de salud. Se distribuyó por los lugares más frecuentes de la población, carteles. El Ayuntamiento también se encargó durante las primeras semanas de echar bandos recordando la actividad.

A lo largo de todas las semanas, desde que se comenzaron los paseos, en nuestra página de facebook hemos ido informando a la población de nuestro paseo semanal, y animando a seguir sumando en salud.

INTERVENCIÓN:

La actividad comenzó el día 7 de Mayo, a las 8:30 en el Centro de Salud, comenzamos el primer día con 9 personas y han ido aumentando hasta participar 17 personas. El primer día se tomó TA, FC, PESO, y se explicó brevemente los beneficios del deporte.

En las consultas y en Atención Continuada se fue informando sobre la actividad y captando participantes. En otras poblaciones de la zona básica de salud también se ha ido informando de la actividad, consiguiendo que vinieran participantes de otros pueblos.

Se han realizado los paseos todos los lunes, desde las 8:30 hasta las 9:30, siempre previo al paseo con calentamiento, y estiramientos tanto al principio como al finalizar la actividad. Todos los días han ido acompañados por enfermeras de atención continuada, fuera de su horario laboral o por los enfermeros que cubren las mañanas. Durante los paseos hemos realizado educación para la salud, tratando varios temas a lo largo de los días (consejo antitabaco, alimentación, cuidado de la piel ante la exposición solar...)

El 25 de Junio fue el último día de paseo, dejando los meses de verano de descanso por las altas temperaturas, y ofrecer una mejor asistencia sanitaria, al aumentar la población en la época estival.

En Septiembre (día 17), se reanudan los paseos, habiendo buena aceptación por parte de la población, participando 13 personas el primer día. Conforme nos hemos ido acercando al otoño y con días más fríos ha bajado el número de asistentes, solicitándonos si se podían retrasar la hora de salida, pero ya se explicó que las consultas no se podían modificar horarios, porque hay que pasar en un día varios pueblos.

Para el mes de Noviembre estaba previsto una Charla "Sobre beneficios del deporte en la salud" impartida por el Dr. Alex Villanueva. Se fue retrasando, no pudiéndola realizar en estos meses, por falta de personal médico que ha obligado a cubrir y doblar consultas, con los que ha resultado difícil encontrar un día adecuado.

Al final la charla se realizó el día 22 de Enero, después de todas las festividades. Se impartió en la sala polivalente de Muniesa, con una duración de 1 hora donde se trató: beneficios en la salud con el deporte, como iniciar una rutina de ejercicios, tipos de ejercicios..... La charla fue muy bien aceptada, asistiendo 30 personas.

Los participantes han mostrado su satisfacción y deseo que se realicen actividades de este tipo que impliquen a la población.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ha aumentado el grado de satisfacción personal y de bienestar de los participantes. Se ha conseguido los objetivos de fomentar la práctica del ejercicio físico y crear el hábito, así como favorecer las relaciones interpersonales. Cada día ha aumentado el número de participantes y se ha logrado que ellos crearan grupos para salir sin nuestra compañía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido muy positiva debido a la participación, implicación y buena respuesta del proyecto en la población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1155

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

***** **

Nº de registro: 1155

Título
¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

Autores:
MALLEN EDO MARTA, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA, VILLANUEVA CABRERA ALEX, BARA GALLARDO MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevencion y Promoción de la Salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha demostrado que una inactividad física multiplica los factores de riesgo de provocar daños a nuestro sistema cardiovascular así como acentuar otros factores de riesgo como la obesidad, la hipertensión, la diabetes. El ejercicio físico es un hábito de vida saludable, una manera que junto con una alimentación sana, podemos disminuir y prevenir el riesgo cardiovascular. Nuestro proyecto de realizar paseos saludables se concibe a raíz de la detección en la población adulta, de un porcentaje alto de sedentarismo.

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES:
-Fomentar la practica del ejercicio físico y crear un hábito de realizar actividad física de forma regular y continuada.
-Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
-Promover un estilo de vida saludable.
-Favorecer las relaciones interpersonales.

ESPECÍFICOS:

-La actividad en principio ira dirigida a toda la población adulta de Muniesa, tanto hombres como mujeres.
-Aumentar el numero de personas que hacen ejercicio de manera habitual.

MÉTODO

-Comunicación a los miembros del equipo.
-Información sobre el proyecto en el Consejo de Salud.
-Charla informativa con las Amas de casa de la población de Muniesa.
-La actividad tambien se publicará en nuestra pagina de Facebook del centro de salud, carteles informativos distribuidos por los puntos importantes del pueblo y difusión a través del Ayuntamiento con bandos.
-En las consultas y en Atención Continuada se irá captando pacientes.
-Inicio de los paseos. El primer día se dará un breve explicación sobre los beneficios del ejercicio, así como debemos ir preparados para la actividad (ropa cómoda, botellin agua, zapatillas deportivas, protección solar..). Se realizará todos los lunes, partiendo desde el Centro de Salud a las 8:30 con una duración de unos 45 minutos, acompañados por un enfermero/a. Antes se realizarán unos ejercicios de calentamiento y estiramientos.
-Taller: "Los Beneficios del deporte".
-Taller: "Alimentación saludable y dieta"

INDICADORES

-Toma de TA y peso, calculando su IMC. Inicio y final del proyecto.
-Nº de personas que estan realizando la actividad al inicio y nº de personas que la siguen realizando durante el año.
-Encuesta de satisfacción a finalizar la actividad.

DURACIÓN

Inicio Enero de 2018, y sin fecha de fin de programa

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1155

1. TÍTULO

¿TE VIENES DE PASEO CON NOSOTROS?

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FESSENDEZ GOMEZ JESSICA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
FERREIRA PAESA JORGE
VILLANUEVA CABRERA ALEX
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE
SANCHEZ GIMENO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poner en marcha la consulta monográfica de tabaquismo, primero tuvimos que formarnos las dos compañeras que vamos a realizar la misión en el tema de tabaco. Para ello la DUE Jessica Fessenden realizó un máster en deshabituación tabáquica por la Universidad Católica de Murcia. Curso de deshabituación tabáquica del SALUD, y una semana como oyente en la consulta de deshabituación tabáquica del Hospital Royo Villanova. Por parte de la Dra M^a Victoria Nonay realizó el curso de deshabituación tabáquica del SALUD, como oyente, ya que no había suficientes plazas, y asistencia como oyente a la consulta de deshabituación tabáquica del APTA, que depende del Gobierno de Aragón y que se realiza en el CS de Sagasta.

El tema de la formación nos llevó mas tiempo del deseado, ya que para realizar nuestra asistencia como oyentes a los lugares mencionados, tuvimos que esperar por las vacaciones, por que había mas gente interesada delante de nosotras, por motivos técnicos de dichas consultas y por motivos personales. Creamos las agendas con intención de empezar en octubre de 2018. Se pusieron carteles informativos en los consultorios locales y en el CS y se colgó en la página del facebook que tenemos del centro. Hasta final de año sólo hemos tenido un paciente interesado que ha venido a consulta. Algún otro que se había citado ha cancelado las citas por diferentes motivos. Se ha pedido a los compañeros que a todo paciente fumador, que vaya a la consulta, se le informe y orezca el sevicio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque hace cuatro meses que comenzamos con a consulta, no hemos conseguido ningún objetivo marcado. El paciente que ha venido a consulta está en proceso de deshabituación. Este año han acudido a consulta 5 nuevos pacientes, alguno está en fase contemplativa, otros en fase de acción. Esperamos durante este año en curso conseguir que nuestros pacientes se sientan motivados para dejar de fumar
El indicador es el nº de pacientes que ha dejado de fumar con un standar del 5%, que evidentemente no hemos cumplido por falta de pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos puesto en marcha la consulta dando publicidad a la misma. Intentamos captar pacientes por todos los medios y encontramos la falta de motivación de los mismos. Muchos no se plantean dejar de fumar. Vamos a continuar con la consulta
Tenemos que actuar en la población a través de los profesionales involucrados en su atención y cuidados

7. OBSERVACIONES.

No es fácil en un centro rural como el nuestro implantar una consulta de deshabituación tabáquica por a dispersión que existe, por ser una población envejecida y carecer en ocasiones de tiempo y medios de transporte para acudir a las citas.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, FESSENDEZ GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO, VILLANUEVA VACA ALEX, ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE, SANCHEZ GIMENO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el ítem de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica. Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

MÉTODO
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a. Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

INDICADORES
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar
FÓRMULA: En el numerador N° personas fumadoras que han dejado de fumar x100
Denominador: N° fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa
Frecuencia de medición: Anual
Estándar 5%
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

DURACIÓN
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018
• Duración: anual, renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA NONAY LACRUZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FESSENDEN GOMEZ JESSICA
DE MINGO USON MIGUEL ANGEL
MALLEN EDO MARTA
ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE
FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Somos dos profesionales las que realizamos la consulta, una médica y una enfermera. Para poner en marcha la consulta tuvimos que formarnos en el tema del tabaquismo, para ello la profesional de medicina se formó asistiendo al programa APTA con la Dra Lourdes Clemente, y realizando el curso "IMPLEMENTACIÓN DE CONSULTAS ESPECÍFICAS DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN ATENCIÓN PRIMARIA" realizado por el SALUD, y la profesional de enfermería asistiendo a consulta de tabaquismo del Hospital Rojo Villanova y realizando master de deshabituación tabáquica por Universidad Católica de Murcia.

Se revisó bibliografía y protocolos existentes en las consultas de deshabituación tabaquica para la realización de un cronograma de citas

Realización de la redacción de las instrucciones técnicas necesarias para realizar la consulta y el seguimiento de la misma

Difusión de la consulta con colocación de carteles informativos en el centro de salud, consultorios locales y tiendas de la zona. Se involucró a todo el personal del Centro para que intentaran captar fumadores aprovechando cualquier visita o consulta.

Inicio de la consulta en noviembre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han pasado por la consulta un total de 14 pacientes de los 105 que aparecen en OMI, de los cuales, de momento, han dejado de fumar 3 (21%), han abandonado el programa 9 (64%), y 2 de ellos se acaban de incorporar a la consulta y no los podemos valorar todavía (14%).

De los pacientes que de momento no fuman, dos han seguido tratamiento con vareniclina (67%) y uno lo ha hecho sin medicación (33%).

De los que siguen fumando, sólo uno estuvo 6 meses sin fumar y después presentó recaída (11%). Estuvo en tratamiento con vareniclina, pero sólo lo tomó un mes. El resto no llegaron a dejar de fumar, dos de ellos fumaron a la vez que tomaban medicación (22%).

INDICADOR: $\frac{3}{105} \times 100 = 2.85\%$

Entendemos que pese a nuestro esfuerzo no hemos conseguido el standar marcado que era del 5%, no obstante consideramos que 3 pacientes que han abandonado el tabaco son un logro

Los indicadores se han conseguido del listado de la Cartera de Servicios de nuestro Centro de Salud que aparecen en OMI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha costado mucho poner en marcha la consulta debido, sobre todo, a la falta de pacientes por la poca motivación de los mismos.

La mayoría no aceptó tratamiento de deshabituación, sobre todo por el precio elevado del mismo. Hemos notado que desde el 1 de Enero, fecha en que ha comenzado a subvencionarse el tratamiento para la deshabituación tabáquica, ha habido un repunte de pacientes. Han venido a consulta dos que están en fase inicial y está citado un tercero.

Consideramos que es un proyecto de gran impacto en la comunidad debido a las consecuencias directas del tabaco sobre la salud de la población, tanto directa como indirectamente.

Seguiremos con el desarrollo de la consulta monográfica en el centro de salud de Muniesa incidiendo en el aumento de la motivación poblacional

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Nuestra obligación como sanitarios es insistir a los pacientes en la importancia de abandonar el hábito tabáquico, para ello tenemos que aprovechar cualquier motivo de consulta, en medicina o enfermería

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1256 ===== ***

Nº de registro: 1256

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA MONOGRAFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

Autores:
NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, FESSENDEZ GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, FERREIRA PAESA JORGE FRANCISCO, VILLANUEVA VACA ALEX, ESPIN GALLARDO RICARDO JOSE, SANCHEZ GIMENO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EPOC, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, PROCESOS NEOPLÁSICOS RELACIONADOS CON EL TABACO
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En nuestro centro de salud, pese a tener en el contrato de gestión una buena puntuación en el ítem de intervención sobre los fumadores, no conseguimos el abandono del hábito tabáquico en los mismos. Las posibles causas que hemos encontrado son la falta de conocimientos y de interés del personal sanitario, falta de motivación de los pacientes fumadores y falta de un responsable capaz de poner en marcha un programa de deshabituación tabáquica. Las consecuencias son muy importantes para la población afectada, ya que tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, EPOC, neoplasias...

RESULTADOS ESPERADOS
Pretendemos aumentar la tasa de abandono de tabaquismo para disminuir la prevalencia de EPOC, el riesgo cardiovascular, la incidencia de procesos neoplásicos relacionados con el tabaco y disminuir el porcentaje de fumadores pasivos relacionados con el mismo. La actividad va dirigida a todos los pacientes fumadores de nuestra Zona Básica de Salud excepto los pacientes con cardiopatía isquémica, con patología psiquiátrica, incluida depresión, los fumadores de distintas sustancias al tabaco, que serán susceptibles de tratamiento en la unidad de tabaquismo del Hospital de Alcañiz

MÉTODO
Implementar una consulta de deshabituación de hábito tabáquico en nuestro centro, para ello nos vamos a implicar todo el personal que formamos parte del equipo para la captación de los fumadores y posteriormente, evaluación, tratamiento y seguimiento por parte de las personas encargadas de la consulta, que serán un médico y un enfermero/a. Vamos a hacer cursos de formación sobre este tema y reuniones trimestrales para exponer las carencias del programa y valorar cambios y logros obtenidos

INDICADORES
INDICADOR: % de personas que han dejado de fumar
FÓRMULA: $\frac{\text{Nº personas fumadoras que han dejado de fumar}}{\text{Nº fumadores existentes en el momento de poner en marcha el proyecto e incluidos en el programa}} \times 100$
Frecuencia de medición: Anual
Estándar 5%
Fuente: Listado de pacientes incluidos en el programa de atención al fumador de OMI

DURACIÓN
• Creación del grupo de trabajo: JUNIO 2018
• Recogida de información de los listados existentes: Junio 2018
• Redacción de las instrucciones técnicas y disponibilidad del documento: Septiembre-Octubre 2018
• Difusión y puesta en marcha: Octubre-Noviembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1256

1. TÍTULO

IMPLEMENTACIÓN DE UNA CONSULTA MONOGRÁFICA DE TABAQUISMO EN EL CENTRO DE SALUD

. Duración: anual, renovable

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1277

1. TÍTULO

CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE JESSICA FESSENDEN GOMEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MALLE EDO MARTA
VILLANUEVA CABRERA ALEX
BOZAL LAHOZ CRISTINA
NONAY LA CRUZ MARIA VICTORIA
SALESA ALBALATE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Reunion inicial para la creacion del grupo de trabajo el primer cuatrimestre 2019
- Exposición en el consejo de salud a los alcaldes de la zona, asociación de amas de casa, colegio y AMPA de la nueva creación de la agenda comunitaria y solicitud de actividades de su interés
- 20 de Mayo, reunion-taller por parte de la direccion para la creacion de una agenda comunitaria para todo el EAP en las instalaciones del CS Muniesa
- Creación de la agenda comunitaria y solicitud de publicación en la web en el segundo cuatrimestre 2019
- Recomendaciones del activo de salud que tenemos actualmente en el centro: Consulta de deshabitación . Previo a esto se ha colgado en la web de activos y se encuentra ya publicado como activo en la zona de salud de Muniesa
No se realiza los activos de paseos saludables ya que la actividad al final no se ha llevado a cabo
- Publicacion en la web de agendas comunitarias de la agenda comunitaria del CS Muniesa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tenemos publicado 1 activo de salud integrados en el mapa de activos de omi/ no total de activos de salud existentes en la zona, actualmente faltarian de localizar mas activos de salud para poderlos implementar, por lo que el resultado del indicador seria 1

Del activo prescrito a la consulta de deshabitación se derivaron 7 pacientes, de los cuales 1 no llevo a ir a consulta, lo cual creemos que es un buen resultado dada la escasa población de la zona de salud

La satisfacción del equipo de atención comunitaria se evaluó en una reunión conjunta, llegando a la conclusión de que podríamos haber realizado mas captación de activos, pero es una zona de salud que por envejecimiento, inmigración y numero de población no permite mucho mas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha quedado pendiente publicar en el mapa de salud de la zona mas activos de salud y poner en marcha la actividad de paseos saludables, también decir que dicha actividad se vino realizando durante el 2018 y aun hay un pequeño grupo de personas que siguen realizándolo pero. de forma esporádica, por lo cual no podemos hacer la prescripción del activo hasta que no este mas consolidado

El resto de las actividades las hemos llevado a cabo según calendario y estamos satisfechos con el resultado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1277 ===== ***

Nº de registro: 1277

Título
CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

Autores:
FESSENDEN GOMEZ JESSICA, DE MINGO USON MIGUEL ANGEL, NONAY LACRUZ MARIA VICTORIA, ESPIN GALLARDO RICARDO, FERREIRA PAESA JORGE, SALESA ALBALATE ALBERTO, MUNIESA NAVARRO INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1277

1. TÍTULO

CREAMOS LA AGENDA COMUNITARIA Y PRESCRIBIMOS ACTIVOS DE SALUD

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Siguiendo la Estrategia de Atención comunitaria de Aragón, hemos decidido crear un grupo de agentes de salud comunitarios dentro del EAP del CS Muniesa. Hemos realizado una revisión del mapa de salud de Aragón viendo los determinantes de salud más importantes de la zona. La promoción de la salud es un pilar importante de la sanidad, debemos optar por ver al paciente desde un modelo biospsicosocial y tratar a la comunidad. Hay que trabajar desde la consulta pero mirando a la calle, y eso es lo que nos hemos propuesto hacer. Actualmente no disponemos de agenda comunitaria ni de mapa de activos, aunque bien es cierto que desde el centro de salud hemos ido realizando diversas actividades comunitarias pero sin darles visibilidad. Así mismo, hemos detectado que la comarca ofrece activos de salud para los habitantes, muchos de ellos desconocedores por parte del EAP.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear un grupo de trabajo de actividades comunitarias, implicando al mayor número de profesionales tanto del equipo de atención primaria como del equipo de atención continuada.
2. Recoger e integrar en el mapa de activos de Aragón todos los activos de salud existentes en la Comarca para que puedan ser recomendados desde las consultas a través de omi ap
3. Recomendación de dos activos de salud existentes en el centro de salud: consulta monográfica de deshabituación tabáquica y paseos saludables, pudiéndose ampliar el número de recomendaciones de activos si fuese necesario

MÉTODO

- Reunión inicial para la creación del grupo de trabajo el primer cuatrimestre 2019
- Captación de activos de salud de la zona, con ayuda de la trabajadora social, asociación de amas de casa, ayuntamientos y la comarca... vía telefónica y por email
- 20 de Mayo, reunión-taller por parte de la dirección para la creación de una agenda comunitaria para todo el EAP en las instalaciones del CS Muniesa
- Creación de la agenda comunitaria, segundo cuatrimestre 2019
- Reuniones mensuales del grupo de trabajo.
- Recomendaciones de los 2 activos de salud que tenemos actualmente en el centro: Consulta de deshabituación y paseos saludables, registrando y utilizando la herramienta de omi-ap

INDICADORES

- nº de pacientes a los que se les prescribe el activo de salud/nº de pacientes que la realizan
- nº de activos de salud integrados en el mapa de activos de omi/ nº total de activos de salud existentes en la zona
- Evaluación de la agenda comunitaria por parte del grupo de trabajo, según su satisfacción en el proyecto mediante encuesta

DURACIÓN

Durante el año 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1354

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión MATRONA
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charla informativa sobre el uso de metodos anticonceptivos a la poblacion musulmana en Centro Social de Muniesa.

Los temas a tratar en dicho taller serán los siguientes.

En el taller se realizará con la ayuda de una presentación Power- Point y con los distintos Métodos Anticonceptivos de forma física para que las participantes los puedan ver y tocar. Se adjunta información en árabe.

1. INTRODUCCIÓN/PRESENTACION

2. CICLO REPRODUCTOR DE LA MUJER

3. METODOS ANTICONCEPTIVOS NATURALES

Método del calendario de Ogino, temperatura, moco cervical . Efectividad

4. METODOS ANTICONCEPTIVOS BARRERA

Preservativo masculino y femenino

Diafragma

Efectividad

5. METODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Anticonceptivos Hormonales Combinados

Anticonceptivos Hormonales Sólo Progesterona

Efectividad

6. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

DIU Mirena

DIU Cobre

Efectividad

7. MÉTODOS IRREVERSIBLE

Ligadura de Trompas y Vasectomia

Efectividad

8. PREGUNTAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Ningun resultado alcanzado a causa de la no asistencia de público a la charla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy difícil llegar a la población musulmana por la diferencia cultural existente .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1354 ===== ***

Nº de registro: 1354

Título

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

Autores:

REPOLLES PERALTA PATRICIA, SANCHEZ GIMENO JAVIER, BARA GALLARDO MARIA JESUS, GUIU MORTE CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MUNIESA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1354

1. TÍTULO

INFORMACION SOBRE ANTICONCEPCION EN LA POBLACION MUSULMANA DEL CS MUNIESA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Muniesa tiene un % importante de población de origen magrebí. Por razones culturales, las mujeres de este colectivo suelen tener menos información que la población general sobre los métodos anticonceptivos.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el conocimiento de métodos anticonceptivos en la población musulmana

MÉTODO

Actividad formativa a la comunidad a cargo de la matrona del centro de salud

INDICADORES

% de mujeres asistentes

DURACIÓN

Ente junio y Octubre de 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0942

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA REPOLLES PERALTA
· Profesión MATRONA
· Centro CS MUNIESA
· Localidad MUNIESA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El taller fue comunicado mediante carteles informativos en el Centro de Salud, la comunicacion directa a las profesiones sanitarios y administrativos del Centro de Salud, asi como a la Asociación de Amas de Casa de Muniesa quienes se encargaron de anunciar el taller por el bando municipal .
Actividades realizadas : Charla informativa realizada el 19/09/2019 en el Centro Social de Muniesa (los recursos utilizados fue una presentacion Power Point) y una sesión práctica de ejercicios y relajacion (recursos utilizados colchonetas y música)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mujeres mejoraron su grado de conocimientos sobre anatomia de suelo pelvico y cambios fisiológicos de la menopausia y se resolvieron dudas y falsos mitos que tenían, dichos datos quedaron reflejados en los test previo y posterior a las sesiones .
La satisfacción general de las mujeres fue muy buena según los resultados de las encuestas de valoración.
El impacto de proyecto fue muy positivo ya que acudieron 16 mujeres quedando reflejados en la lista de asistentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoracion general ha sido muy satisfactoria, las mujeres quedaron muy agradecidas y les gusto mucho la idea de continuar haciendo charlas y sesiones como éstas, ya que el tiempo fue escaso, se prevé la continuidad del taller durante el año 2019 con más sesiones informativas y prácticas sobre menopausia tratando los temas de forma especifica (alimentación, sexualidad, incontinencia urinaria, sofocos, actividad fisica...) ya que tenian muchas dudas que querian resolver .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/942 ===== ***

Nº de registro: 0942

Título
SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Autores:
REPOLLES PERALTA PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ANDORRA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: menopausia
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: calidad de vida

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muniesa es una poblacion donde la edad media de las mujeres se aproxima a los 60 años, edad en la que son frecuentes los problemas relacionado con el suelo pélvico (incontinencia urinaria de esfuerzo, sequedad vaginal . dispareunia ...) Problemas que hacen disminuir la calidad de vida de las mujeres y que pocas veces son escuchados por el profesional sanitario a pesar ser motivo habitual de consulta en la matrona .

RESULTADOS ESPERADOS

Informar a las mujeres sobre su anatomia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0942

1. TÍTULO

SUELO PELVICO Y MENOPAUSIA

Explicar los cambios relacionados con la menopausia
Enseñar a realizar ejercicios de Suelo Pélvico
Disminuir las consultas relacionadas con este tema
Mejorar la calidad de vida de las mujeres

MÉTODO

Charla informativa : Anatomía de la mujer
Charla informativa : Disfunciones de suelo pélvico
Charla informativa : Cambios fisiológicos de la menopausia
Taller Práctico : ejercicios de fortalecimiento de suelo pélvico

INDICADORES

Grado de conocimiento sobre la anatomía de la mujer (test de conocimientos)
Grado de conocimiento sobre los cambios fisiológicos de la Menopausia (test de conocimientos)
Mejoría en su calidad de vida (encuesta de satisfacción)

DURACIÓN

Las charlas y el taller tendrán una duración de 1 hora cada uno y será impartido por Patricia Repolles
Se realizarán durante los meses de julio, agosto y septiembre de 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 - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACAMBRA ORGILLES ELENA
GRANERO LAZARO CARMEN
ROQUETA CALVO ELADIO
ASENSIO VICENTE CARMEN
SAURA MESTRE LIDIA
FIGUEROLA FALCO SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presentaron los resultados del año anterior y se priorizaron acciones de mejora en los siguientes aspectos:
Tabaquismo: recordatorio del proceso de intervención en tabaquismo. Inclusión de los EAC y MAC en la actividad de detección e intervención de tabaquismo.

Diabetes: se consideró que el mayor problema del centro de salud era la existencia de un cupo con más de 2000 TIS con un enfermero que además es enfermero de pediatría, con lo que difícilmente podría alcanzar las coberturas previstas de diabetes y esto lastraba al centro. Por ello se decidió crear, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble, una consulta de diabetes los jueves en el Centro Salud en horario de 13:30-15:00 dando prioridad a los que presenten algún factor de riesgo. Cada jueves ha pasado por la consulta un enfermero del equipo mediante un turno de trabajo rotatorio. Se les realizó una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechó también para solicitar analíticas faltantes. Si cumplen criterios se realizaría un índice tobillo-brazo.

Se realizó sesión sobre el plan de cuidados en epoc con Taller de Espirometrias.

Realizamos 3 sesiones clínicas: 1 sobre Pie diabetico y 2 para manejo del Cuadro de mandos de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Riesgo del Pie Diabetico: mejora absoluta 13,43, Hemoglobina glicosilada : mejora absoluta 15.59, conocimientos en diabetes mejora absoluta : 9, microalbuminuria: mejora absoluta: 24,58, GFR mejora absoluta: 31.45, TA mejora absoluta: 4,66, LDL mejora absoluta: 24,18, Exploracion del pie mejora absoluta: 13.98, registro de hipoglicemia mejora absoluta: 10.

Pacientes diabéticos mayores de 50 años con realización de índice tobillo brazo 31% (estándar excelente primer año: 30%)

Como podemos ver se ha producido una mejora sensible sobre todo en la cobertura analítica de diabetes y en la evaluación del pie diabético, en general en todos los indicadores de diabetes, además de alcanzar la cobertura propuesta en ITB por la dirección.

La mejora en tabaquismo ha sido también importante en los dos indicadores.

También se ha aumentado sensiblemente en la cumplimentación de los planes personales de EPOC lo que es de valorar teniendo en cuenta que aquí no se ha colaborado con el cupo grande como en el resto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo en equipo ha compensado este año los problemas estructurales del equipo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

La introducción de la cultura de gestión de indicadores está cambiando las dinámicas en el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO
Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora

Enero 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 - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANERO LAZARO CARMEN
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL
SAURA MESTRE LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Presentamos los datos del año anterior y se priorizaron acciones de mejora en los siguientes aspectos: Tabaquismo: recordatorio del proceso de intervención del Tabaquismo. Inclusión del los MAC y EAC en la actividad de intervención y detección del tabaquismo. Diabetes: continuamos con la consulta de diabetes los jueves de 13.30-15.00h en el centro de salud. Taller de espirometrias los lunes de 9-11h, sobre el Plan de cuidados del EPOC.

Realizamos 2 sesiones clínicas : 1 sobre Pie Diabetico y otra de Manejo de Cuadro de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Riesgo del Pie Diabetico: mejora absoluta 2.12, Exploración del pie: mejora absoluta 6.91, Detección del Tabaquismo: mejora absoluta 2.82.
Resto de parámetros evaluados hemos bajado o nos hemos mantenido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos queda mucho por mejorar, sobre todo en los cupos mas grandes.

Iniciamos el proyecto en 2016 y durante el 1º año de realizacion obtuvimos una importante mejora, que durante este 2º año no ha sido tan evidente, con lo que decidimos cerrar el proyecto aunque desde el centro de Salud seguiremos trabajando en ello para mejorar los Objetivos del contrato de Gestion.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se pronostica.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica. Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería
Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.
Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.
Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.
Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.
Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 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 - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE ANA DEL GALLEGO MOLIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANERO LAZARO CARMEN
GIMENO BALLONGA ANA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL
DOMINGO NOVELLA PABLO
SAURA MESTRE LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos entre 3-4 Sesiones Clinicas al año recordando al equipo como van nuestros Indicadores y en que podemos mejorar nuestra Practica Clinica. Ademas solventamos entre todos posibles dudas al manejar el Cuadro de Mnados. Diabetes, continuamos con la consulta de Diabetes Martes y Jueves de 13,30-15,00h.. Taller de Espirometrias los lunes de 9-11h.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

	Año 2019	Año 2018	
Intervencion Tabaco	80,5	69,61	
Riesgo Cardiovascular	75,75	69,01	
EPOC Sintomas	84,78	31,37	
Captacion Dependiente	11,87	9,72	
Norton	87,7	77,27	
Deteccion Tabaco	55,58	44,76	
Diabetes Pie de Riesgo	73,61	44,49	
Primovacunacion	93,94	97,78	
EPOC Vias Aereas	69,57	25,49	
Valoracion Riesgo de Caidas		90,38	88,1
Valoracion Zarit	84,44	62,5	
Prevalencia de EPOC	1,77	2,02	
Diabetes Revision Glicada		76,95	45,63
Prevencion de Accidentes		68,18	64,63
Diabetes Conocimientos		82,22	43,09
Polimedicado	73,61	40,27	

Datos Obtenidos del Cuadro de Mandos comparando los años 2018 y 2019 segun los Objetivos del Contrato de Gestion de AP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este Año 2019, nos hemos esforzado mucho todo el Equipo del Centro de Salud y nos hemos involucrado para conseguir mejorar nuestros Indicadores lo que se ha visto reflejado en casi todos los Datos de los Indicadores mejorando considerablemente. Finalizamos ya nuestro Proyecto aunque continuaremos trabajando para intentar mejorar los Objetivos del Contrato de Gestion.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1458 ===== ***

Nº de registro: 1458

Título
GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GRANERO LAZARO CARMEN, ROQUETA CALVO ELADIO, CARMEN ASENSIO VICENTE, SAURA MESTRE LIDIA, SALES BUJ ARANTXA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No existe costumbre en nuestro centro de salud de gestionar regularmente por objetivos. Los indicadores del año 2016 han presentado un resultado del 43,59 % de los puntos del contrato, una puntuación mejorable. Si analizamos por cupos en enfermería observamos gran heterogeneidad, existiendo 3 cupos de buen desempeño con el resto por debajo del 50% y uno por debajo del 10%. Hay que señalar que hay un cupo con más de 2000 TIS adscritas que además atiende pediatría dado que se comparte el pediatra con otro centro de salud y que por tanto consideramos lógico que se produzcan estos resultados teniendo en cuenta la elevada presión asistencial. Estamos pendientes de la creación de una nueva consulta que parta este cupo, para lo que se necesita reformar el centro de salud (esperamos que en 2018). Los problemas se han localizado en la cumplimentación de los planes de cuidados de enfermería el tabaquismo y el riesgo cardiovascular. La implantación de la evaluación con doppler de los pacientes diabéticos estaba comenzando en Enero de 2017 obteniendo un resultado inferior al 5%. Se ha proporcionado un espirómetro recientemente, por lo que esperamos que se vaya incrementado la cobertura de pacientes fumadores con espirometrías. Por otra parte, el hecho que haya numerosos indicadores nuevos del contrato de gestión y la necesidad de desarrollar los proyectos de pruebas funcionales del sector nos hace plantearnos este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar las coberturas de los indicadores de enfermería y secundariamente el cuidado de los pacientes crónicos en el Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

Constitución de grupo de trabajo con elección de responsable.
Presentación de resultados del año anterior y acciones de mejora
Sesiones clínicas sobre los problemas en indicadores priorizados por el grupo, ya sea en planes de cuidados de enfermería, prescripción o cualquier otro indicador que se prorice.
Creación de consulta de pie diabético, de forma transitoria, hasta que el cupo grande se desdoble. Los jueves en el Centro Salud Valderrobres en horario de 13:30-15:00 se abrirá una agenda para atender a los pacientes diabéticos, en primer lugar los que presenten algún factor de riesgo. Se les realizará una cumplimentación de su historia clínica, exploración, diagnóstico y prevención del pie, y acciones formativas para fomentar el autocuidado. La consulta se aprovechará también para aquellos pacientes que no tengan controlada la HbA1c se les pedirá una analítica . Si cumplen criterios se realizará un índice tobillo-brazo. Cada jueves pasará por la consulta un enfermero del equipo por lo que se constituirá un turno de trabajo rotatorio.

Solicitud de analíticas incluidas en los planes personales por enfermería

Implicación de MAC Y EAC en indicadores de tabaquismo y riesgo cardiovascular, que se incluirán en su valoración intracentro.

Implantación de la evaluación con Doppler en pacientes diabéticos y espirometría en fumadores. Con carácter cuatrimestral se pasarán los informes de indicadores desde el sector para ser analizados en el centro proponiendo las acciones de mejora que procedan.

Evaluación cuatrimestral de indicadores de enfermería del nuevo contrato de gestión a partir de los datos del cuadro de mando del coordinador de enfermería. Se identificarán los indicadores que van por debajo del estándar, se analizarán las causas posibles por las que estamos por debajo de lo previsto y se propondrán acciones de mejora con responsables de realizarlas. Las reuniones se registrarán en acta.

INDICADORES

Objetivos estratégicos del contrato de gestión aplicables a enfermería.

DURACIÓN

Mayo: presentación de los resultados de 2016 al grupo de trabajo. Presentación de los datos del primer cuatrimestre al grupo de trabajo. Análisis y acciones de mejora.

Junio-Noviembre: Sesiones clínicas sobre los indicadores priorizados. Manejo del cuadro de mando de diabetes y del contrato de gestión.

Con carácter cuatrimestral se evaluarán los indicadores referidos, realizando análisis y acciones de mejora
Enero 2017: Evaluación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1458

1. TÍTULO

GESTION DE INDICADORES DE ENFERMERIA

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MATILDE ZAPATER MONSERRAT
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALLEGO MOLIAS ANA
BETRAN LACASTA CRISTINA
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
BAYOD GIL FRANCISCO
BERNAD ARCUSA PEDRO
MARCO MARCO LUIS
GONZALEZ ZURITA MARIA DEL MAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Reuniones equipo todos los martes de 13,30 a 15,00 con obligatoriedad de asistencia tanto al equipo de medicina como al de enfermería, pediatría y administración.
2.- Las reuniones han tenido como objetivo mejorar la comunicación entre todos los profesionales, que en nuestro caso presenta una dificultad añadida, ya que la mayor parte del equipo tiene su puesto de trabajo localizado fuera del dentro de salud.
3.- Los aspectos más relevantes que se han tratado en estas reuniones son.
- Implicar permanentemente a todo el personal el mejora continua del todo lo concerniente al funcionamiento del centro.
- Se adquiere por todo el equipo el compromiso de mejorar el registro de diagnósticos para acercarnos a lo esperado por las características de la población.
- Puesta en marcha de la cita no presencial, con la adaptación de las agendas de OMI, incluyendo entre 3 y 5 huecos de la consulta a pacientes que demanden atención telefónica.
- Puesta en marcha de la consulta virtual del las derivaciones al especialista con sesiones clínicas explicando el funcionamiento de las citas virtuales .
-Con el fin de adaptarnos a la estrategia del SALUD en eficiencia en farmacia se realizan sesiones clínicas cuatrimestrales, mostrando los resultados del centro y proponiendo alternativas de prescripción. Con sesiones específicas en uso eficiente de estatinas, actualización del EPOC, antidiabéticos..

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No disponemos de datos oficiales de los porcentajes de mejora en lo referente a la consulta virtual .Los resultados de consulta no presencial que tenemos solo llegan ahora a septiembre. Si cogemos septiembre como mes que más probablemente tenga consultas no presenciales (ya que a principio de año no había el resultado del indicador para enfermería (% de consultas no presenciales respecto a presenciales) nos da un resultado del 0,09% (solo 2 en todo el mes) y en médicos el 2,54%. El estándar era del 10% en enfermería y el 5% en medicina. No sé si en meses posteriores mejoraría pero en septiembre el resultado no fue bueno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En principio se opto por un proyecto de mejora final, pero con los datos obtenidos decidimos transformarlo en un proyecto de seguimiento por que pensamos que respecto a la interconsulta virtual y la consulta no presencial podemos conseguir mejores resultados si se hace un proyecto continuado a medio plazo en colaboración de todo el equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1459 ===== ***

Nº de registro: 1459

Título
MEJORA EN LA EFICIENCIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Autores:
ZAPATER MONSERRAT MATILDE, DEL GALLEGU MOLIAS ANA, BETRAN LACASTA CRISTINA, GIMENO BALLONGA ANA MARIA, BAYOD GIL FRANCISCO, BERNAD ARCUSA PEDRO, MARCO MARCO LUIS, GONZALEZ ZURITA MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1459

1. TÍTULO

MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la revisión de los inputs y outputs del centro de salud de Valderrobres hemos encontrado varios problemas: Una pirámide de población regresiva, mientras que tanto en peso medio de ACGs como en GMAs se está por debajo de lo esperado para esta pirámide por lo que sospechamos que tenemos un problema de registro diagnóstico. El indicador de eficiencia en visitas ajustado por ACGs nos muestra que estamos por encima de lo esperado en Aragón. En nuestro caso la implantación de la consulta no presencial puede ser de utilidad. La eficiencia en farmacia ajustado por ACGs están por encima del estándar. Cumplimos el estándar en derivaciones

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el registro diagnóstico de nuestro centro de salud, elevando el peso medio de nuestras ACGs.
Mejorar los tres indicadores de eficiencia ajustado por ACGs
Implantar el programa de consulta no presencial en el centro de salud de Valderrobres.

MÉTODO

Sesión clínica sobre mejora en el registro diagnóstico para aumentar el peso medio en ACGs del centro
Eficiencia en visitas. Consulta no presencial:
Rediseño de agendas OMI incluyendo entre 3-5 huecos de consulta no presencial (TEL) en las mismas
Los pacientes que demanden atención telefónica serán atendidos en estos huecos, dejando su número de teléfono e indicándoles a qué hora se les llamará a casa
Podrán programarse revisiones telefónicas en patologías crónicas para informar de resultados de pruebas diagnósticas normales, seguimiento de síntomas... de acuerdo con lo establecido en el programa de consulta no presencial de SALUD
Sesión clínica sobre el artículo "Dejar de hacer para poder hacer" estudiando que prácticas de las descritas en el artículo deben ser abandonadas para poder atender a las necesidades.

Derivaciones: Implantación de la interconsulta virtual en el centro de salud de Valderrobres.
Eficiencia en farmacia: Se realizarán sesiones clínicas cuatrimestrales mostrando los resultados del centro, con exposición de las moléculas de mayor gasto, proponiendo alternativas de prescripción posibles en consonancia con las líneas estratégicas de SALUD. Se levantará acta de las reuniones.

INDICADORES

% de consultas no presenciales de MF/Pediatría del total de las consultas de MF/ Pediatría
% de consultas no presenciales de enfermería del total de las consultas de enfermería
% Interconsultas Virtuales del total de las derivaciones
% de interconsultas resueltas de forma no presencial del total de las derivaciones realizadas
Indicadores de eficiencia ajustados por ACGs en farmacia, visitas y derivaciones.

DURACIÓN

Mayo-Junio: sesiones clínicas
Mayo: adaptación de agendas
Revisión periódica de indicadores
Enero 2018: evaluación final

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA LACAMBRA ORGILLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BETRAN LACASTA CRISTINA
BURRIEL AGUDO OSCAR
BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA
FIGUEROLA FALCO SANDRA
GRANERO LAZARO CARMEN
LASALA CONTE IBANA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Se formó un equipo de trabajo con médicos y enfermeras para poner en marcha el proyecto.
2. Se redactó un listado con la relación de materiales y número de componentes de cada maletín de urgencias, carro de parada y vehículo, que estábamos utilizando.
3. Se informó al resto del personal sanitario del centro de la creación del grupo y del proyecto de mejora y se facilitó un correo para que cada integrante del centro pusiera sus sugerencias, sus quejas,...
4. Basándonos en el procedimiento de organización del material de urgencias del sector, revisando bibliografía e incluyendo las sugerencias del resto de profesionales se comenzó a redactar lo que debería llevar y en qué número cada maletín, carro de parada y vehículo.
5. Se hizo un pedido de los componentes que nos faltaba: frontales, linterna, ..
6. Con los nuevos listados se reestructuró los maletines para que fueran más eficaces y ligeros y del agrado de todos los profesionales. Así como adecuar el carro de parada de la sala de urgencias y el vehículo del centro. Se imprimió los listados y se dejó colgados en el corcho para que estuvieran al alcance de todos los miembros del centro.
7. Se informó de los cambios a todos los profesionales del centro y se dejó un tiempo para la habituación.
8. Se precintaron los maletines y carro de parada. Se creó una hoja de verificación para rellenar al inicio de la guardia donde se revisa gasolina, batería móvil, desfibrilador cargado, maletines precintados, bala oxígeno del coche óptima y donde poder poner incidencias.
9. Se estableció tres tipos de mantenimiento: después de cada uso se repondrá lo utilizado y se volverá a precintar, revisión al empezar la guardia a través de la hoja de verificación y mensual el día 1 de cada mes para limpieza y revisión de caducidades y correcto estado de conservación.
10. Se hizo una reunión con el personal de enfermería para informar sobre los cambios y fin de proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mejora del grado de satisfacción de los profesionales con respecto a los maletines, carro y vehículo.
- Hay un incremento de conocimiento del material y medicación que disponemos.
- Disminución del número de incidencias encontradas en cada guardia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se deja establecido el grupo de mejora para revisión de las incidencias encontradas, poder adecuar los maletines, carro y vehículo en cualquier momento con nuevos materiales y medicaciones que pueden aparecer y servir de referencia para las sugerencias del resto de profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1460 ===== ***

Nº de registro: 1460

Título
OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S. VALDERROBRES

Autores:
LACAMBRA ORGILLES ELENA, BURRIEL AGUDO OSCAR, BETRAN LACASTA CRISTINA, FIGUEROLA FALCO SANDRA, LACUESTA DE CASTRO JAVIER, BIDEGAIN RAMIREZ CRISTINA, LASALA CONTE IBANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchas de las actuaciones que se desempeñan en el centro de salud son asistencias de emergencia vital donde una rápida actuación es fundamental para unos resultados favorables. La American Heart Association establece el término de cadena de supervivencia refiriéndose a la secuencia de actuaciones encaminadas a disminuir la mortalidad en las situaciones de compromiso vital. En esta cadena intervienen múltiples factores entre los que se encuentra los conocimientos y habilidades del profesional, lugar físico, medios disponibles, ... Dentro de esta cadena es igual de importante conocer los materiales, medicación y aparataje necesarios para dicha asistencia, su ubicación y su mantenimiento para que siempre estén listos para ser empleados. Las actuaciones que se realizan son tanto en el centro de salud como fuera de él, por lo que es necesario disponer de un carro de parada en la sala de urgencia y un maletín para la atención domiciliaria . Además es fundamental condicionar al vehículo para albergar materiales y aparatajes necesarios como puede ser bala oxígeno, ECG portátil, collarines... El C.S.Valderrobres carece de unos protocolos unificados y consensuados sobre el tema a tratar. Creemos necesario realizar un listado de lo que debe de contener el carro de paradas, maletines y vehículo dejando claro su ubicación más idónea para facilitar el trabajo al profesional y la reposición del posible material empleado. Protocolizar revisiones periódicas para comprobar que no falte nada y el buen estado del mismo. Crear a su vez unas hojas de registro donde se anote las revisiones y las posibles incidencias.

RESULTADOS ESPERADOS

Garantizar una prestación de calidad en la asistencia urgente a la población.
- Adecuar el contenido del carro de paradas de la sala de urgencias, maletines de urgencias y del vehículo del centro.
- Todo profesional sanitario conozca el contenido y ubicación de los materiales y medicaciones tanto del carro de paradas de la sala de urgencias, como de los maletines y de que equipamiento dispone el coche, así como su correcto funcionamiento y mantenimiento.
- Crear un protocolo que recoja el proceso de revisión y donde se pueda anotar las posibles incidencias.

MÉTODO

- 1 Crea un equipo formado por médico y enfermero para adecuar que medicaciones, materiales y aparatajes debe de contener carro, maletines y coche y donde es su óptima ubicación.
2. Elaborar un listado donde quede reflejado que fármacos y materiales debe de contener en qué cantidad y donde ubicar, así como que debe de contener el vehículo del centro.
3. Realizar una sesión informativa para dar a conocer el trabajo realizado al resto de los profesionales sanitarios que trabajan en el centro.
4. Precintar el carro de paradas con revisiones en cada turno de guardia del estado del precinto y revisiones trimestrales de su contenido.
5. Actividades de mantenimiento diario del maletín de urgencias (después de su uso y al comenzar la guardia).
6. Crear una hoja check-list donde facilite al profesional el chequeo del carro, maletines y vehículo.
6. Registro de incidencias

INDICADORES

- % de check-list rellenas
- % de incidencias encontradas en las check-list
- Grado de satisfacción de los profesionales sanitarios.

DURACIÓN

Inicio: julio 2017 - Finalización: octubre 2017.
- Evaluación de resultados y propuestas de mejora a nivel del equipo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1460

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS MALETINES DE URGENCIAS, CARRO DE PARADA DE LA SALA DE URGENCIAS Y EQUIPAMIENTO DEL VEHICULO DEL C.S.VALDERROBRES

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1512

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MATILDE GRANERO LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO BALLONGA ANA MARIA
GUERRERO VICENTE MARISOL
ROQUETA CALVO ELADIO
SAURA MESTRE LIDIA
DEL GALLEGO MOLIAS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza el proyecto en las poblaciones de Fuentespalda y Rafales con la poblacion que quiso acudir a aprender el manejo de DEA ademas realizamos un repaso básico de primeros auxilios.
En Fuentespalda la realizaron Ana Gimeno y Eladio Roqueta y en Rafales Ana del Gallego y Carmen Granero.
Se pone un video para conocer el manejo del DEA en un caso real :

<https://youtu.be/z7wa36gOdG4>

Se realizan practicas con los asistentes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron a la actividad bastante poblacion de edad media y tambien un grupo de los colegios.
Los asistentes quedaron satisfechos con la actividad.

Pensamos realizar la misma actividad en otras poblaciones con DEA como Beceite y Herbés.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Pensamos realizar la misma actividad en otras poblaciones con DEA como Beceite y Herbés.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1512 ===== ***

Nº de registro: 1512

Título
SALVAVIDAS

Autores:
DEL GALLEGO MOLIAS ANA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, GRANERO LAZARO CARMEN, GIMENO BALLONGA ANA MARIA, LACAMBRA ORGILLES ELENA, GUERRERO VICENTE MARISOL, ROQUETA CALVO ELADIO, SAURA MESTRE LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El proyecto esta destinado a toda la población, para capacitacion de los mismos ante casos de parada cardiorrespiratoris, enseñarles a como saber actuar, manejar el aparato DESA y a quien avisar.

Creemos importante la realización de este taller para enseñar a la población a usar el DESA, ya que durante las tardes el Servicio de Urgencias se encuentra en Valderrobres, al que pertenecen 12 pueblos anejos a los que nos tenemos que desplazar cuando estamos de guardia. Podria ocurrir, que cuando tenga lugar una parada cardiaca el Servicio de Urgencias se encuentre trabajando en otro pueblo, con lo que, podriamos tardar en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1512

1. TÍTULO

SALVAVIDAS

llegar un tiempo estimado de unos 30 minutos. La UVI mas cercana es la de Alcañiz.

RESULTADOS ESPERADOS

Concienciar a la población sobre la importancia de una actuación temprana ante un caso de parada cardiorrespiratoria.
Enseñar a realizar compresiones toracicas efectivas desde el momento que tiene lugar la parada.
Manejo del DESA, en los pueblos en los que se disponga..

MÉTODO

Las actividades a realizar son, en una primera fase, la elaboración de un proyecto en el que quede reflejado la Atención Comunitaria que se va a realizar.
En una segunda fase, concretar fecha con la población para realizar el taller.
Y en una tercera fase, evaluacion de la actividad, cuando haya pasado un tiempo desde la realización de la misma que consista en preguntar a la población que hacer ante un caso de parada cardiorrespiratoria y donde se localiza en cada pueblo el DESA.

El taller consistira en una parte teorica sobre la importancia de realizar un reanimacion cardiopulmonar desde el momento que se visualiza la parada hasta la llegada de los Sanitarios que consistira en un power-point y unos videos sencillos para enseñar a la población. Y una parte practica con muñecos para enseñar a realizar compresiones y manejo del desfibrilador semiautomático.

INDICADORES

Con los datos obtenidos se podran sacar conclusiones y cuestionar si se continua o no con la actividad, ya que el planteamiento inicial del proyecto es que tenga continuidad en el tiempo extendiendose a otros pueblos pertenecientes del CS de Valderrobres, ya tengan o no DESA.

DURACIÓN

Curso escolar, ya que lo queremos realizar en los colegios.
De septiembre del 2017- junio del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0916

1. TÍTULO

CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE SANDRA FIGUEROLA FALCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE DE BARO MARTA
ZAPATER MONSERRAT MATILDE
MOJONERO ANTEQUERA JUANA A
VELILLA LOMBA ANA
GRANERO LAZARO CARMEN
LORENTE CARPIO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
En septiembre de 2018 se hizo una sesión clínica explicativa en la que participó el 80% del personal del Centro de Salud de Valderrobres en la que se explicaron los formularios a rellenar y se dejó un tiempo para responder dudas. Febrero de 2019, se explicó a todos mediante otra sesión explicativa la facturación de 2018 en referencia a 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En 2017, la facturación de Valderrobres gracias a la cumplimentación de Cargos a Terceros fue de 824.01 €, siendo en 2018, 5603,48€.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo es consciente de la importancia de la cumplimentación de la documentación necesaria para reclamar Cargos a Terceros, como se puede comprobar en los resultados obtenidos en términos económicos.
El equipo ha mostrado gran interés en seguir mejorando económicamente en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/916 ===== ***

Nº de registro: 0916

Título
MEJORA DE LA EFICACIA DEL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES: CUMPLIMENTACION DE CARGOS A TERCEROS

Autores:
FIGUEROLA FALCO SANDRA, ALLUE DE BARO MARTA, ZAPATER MONSERRAT MATILDE, MOJONERO ANTEQUERA JUANA A, VELILLA LOMBA ANA, GRANERO LAZARO CARMEN, LORENTE CARPIO JOSE MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras comprobar la inactividad del Centro de Salud de Valderrobres en la gestión de Cargos a terceros y ante la importancia de reclamar el coste de las atenciones y prestaciones sanitarias realizadas a los terceros obligados a pago, hemos considerado pertinente la puesta en marcha de este proyecto.

Además el Centro de Salud de Valderrobres da cobertura sanitaria a una zona con gran impacto turístico, con muchos desplazados de otros países y Comunidades Autónomas que visitan la Comarca, por lo que es todavía más necesario conocer como rellenar y adjuntar la documentación necesaria para la cumplimentación de cargos a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0916

1. TÍTULO

CUMPLIMENTACION DE LA DOCUMENTACION DE CARGOS A TERCEROS EN EL CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

terceros y la facturación de los mismos, para una correcta financiación de la Sanidad Pública.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la cumplimentación por parte de todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres de la documentación necesaria para que el servicio de Cargos a Terceros del Hospital de Alcañiz tenga toda la información necesaria para tramitar la gestión de la facturación.

MÉTODO

Sesión Clínica explicativa a todo el personal del Centro de Salud de Valderrobres para responder dudas y preguntas, explicar los formularios a rellenar cumpliendo los criterios necesarios en cada caso (accidentes laborales, de tráfico, cargos a terceros para extranjeros, etc)
Anualmente revisión cumplimiento del proyecto y evaluación de la mejora en la tramitación de cargos por parte del personal del Centro.

INDICADORES

Contabilizar el número de casos remitidos al servicio así como la correcta cumplimentación de los mismos.

DURACIÓN

La duración será indefinida mientras siga vigente esta normativa y con carácter anual se evaluarán los indicadores, realizando análisis y acciones de mejora.
Mayo 2019: Evaluación del proyecto y realización de memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0919

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE MARISOL GUERRERO VICENTE
· Profesión MATRONA
· Centro CS VALDERROBRES
· Localidad VALDERROBRES
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FIGUEROLA FALCO SANDRA
MOJONERO ANTEQUERA JUANA A
VELILLA LOMBA ANA
DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR
RINCON ESTRADA RAFAEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En colaboración con los docentes, la actividad ha consistido en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos y se les enseña en 8 pasos el lavado de manos.
Nos hemos desplazado a las aulas para impartir la actividad en horario escolar en los centros educativos del ámbito de actuación del Centro de Salud de Valderrobres (La Portellada, Monroyo, Ráfales, Peñarroya, Fuentespalda y La Fresneda) aulas unitarias y en Valderrobres al alumnado de Priemr Curso de Primaria.
Los recursos empleados fueron la presentación del powert point que incluye una canción sobre el lavado de manos; antiséptico y lámpara UV y finalmente carteles y encuesta de 5 preguntas.
Posteriormente se lavaron las manos con el antiséptico y comprobaron con la lámpara UV las partes de las manos que tenían antiséptico.
Se colocaron carteles con los 8 pasos, en las zonas, en las que había lavabo.
Se dejó en el ordenador de los centros la presentación y los carteles para su visionado y reposición si fuese necesario de los carteles, a criterio del profesorado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo se ha conseguido al 98%, ya que el 2% del alumnado estaba ausente por enfermedad y no acudió a clase el día de la actividad. Los profesores y compañeros se comprometieron a enseñarles.
La encuesta se resolvió satisfactoriamente al 100% en todos los grupos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva.
El profesorado colabora activamente y supone un complemento a los materiales y actividades relacionadas con la salud .
También con el medio ambiente, ya que se mencionó repetidamente el uso responsable del agua relacionado con el lavado de manos.
Los centros educativos tienen ordenador, proyector y aulas adaptadas para este tipo de actividades, por lo que su sostenibilidad y la replicación del proyecto es perfectamente asumible desde el Centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/919 ===== ***

Nº de registro: 0919

Título
PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Autores:
GUERRERO VICENTE MARISOL, FIGUEROLA FALCO SANDRA, MOJONERO ANTEQUERA JUANA A, VELILLA LOMBA ANA, DEL GALLEGO MOLIAS ANA DEL PILAR, RINCON ESTRADA RAFAEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS VALDERROBRES

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0919

1. TÍTULO

PROYECTO "MANOS LIMPIAS" EN CENTRO DE SALUD DE VALDERROBRES

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La OMS ha establecido unas Directrices sobre la higiene de manos demostrando que el lavado de manos con jabón es una de las maneras más eficaces y económicas de prevenir, entre otras, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas siendo ambos diagnósticos motivos de ingreso hospitalario frecuentes en edad infantil en España.

Por otro lado, el ámbito escolar es el lugar idóneo para ejercer enfermería comunitaria, donde los niños pueden aprender la importancia del lavado de manos como práctica sencilla además de eficaz de una manera divertida.

RESULTADOS ESPERADOS

Que los niños aprendan la importancia del lavado de manos y enseñarles como hacerlo.

Prevenir en un futuro ingresos hospitalarios debidos a esta causa.

Establecer una relación de confianza entre el personal sanitario y los niños que pertenecen al Centro de Salud de Valderrobres.

MÉTODO

En colaboración con los docentes, la actividad consistirá en realizar una sesión explicativa, en la que se hace hincapié en la importancia del lavado de manos.

Nos desplazaremos a la escuela en el mes de junio donde realizaremos la sesión a todos los niños del colegio en el caso de que se trate de centros unitarios (La Portellada, Monroyo, Peñarroya, Fuentespalda y Fresneda) y, en Valderrobres, la realizaremos a niños de primer curso de primaria, ya que consideramos que a esta edad tienen la capacidad suficiente para entender y disfrutar del proyecto .

Para llevar a cabo la explicación disponemos de un power-point informativo y sencillo, además de un video cantado y pegadizo, método divertido para que los niños aprendan el proceso. Tras la explicación, los niños se lavarán las manos con antiséptico de manos siguiendo los pasos aprendidos y pondrán las manos bajo una lámpara donde podrán apreciar hasta dónde ha llegado la extensión del antiséptico.

Colocaremos carteles informativos de cómo lavar las manos en el colegio para que los puedan visualizar siempre que quieran.

INDICADORES

Tras la sesión comprobaremos que los niños han aprendido la importancia del lavado de manos y que han aprendido a hacerlo, para ello les haremos un cuestionario al finalizar la sesión.

DURACIÓN

Se trata de un proyecto que en un principio no daremos por finalizado, ya que cada año en Valderrobres realizaremos la sesión a niños de primero de primaria. En el resto de los pueblos, se realizará cada tres años.

Comprobaremos cada año que los carteles de cómo lavarnos las manos están colgados, si vemos que tras un año no son efectivos, cambiaremos el lugar y formato de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
TURON ALCAINE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto ha ampliado su alcance en 2018. Se han proporcionado espirómetros con jeringa de calibración a todos los centros, se han formado a enfermeras en todos los centros, las espirometrías se realizan por un número limitado de enfermeras para asegurar el mantenimiento de las habilidades. Se monitoriza cuatrimestralmente la petición de espirometrías en pacientes EPOC, el % de fumadores en los que se ha realizado intervención tabáquica y el % de pacientes en los que consta registro del hábito de fumar. Se ha incluido en la valoración individual del acuerdo de gestión de médicos y enfermeras (también en atención continuada). Se ha compartido la presentación en pwp sobre cuidados de vías respiratorias en paciente EPOC con los centros que no asistieron a la presentación el año anterior.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

24,9% de los pacientes fumadores tienen espirometría realizada en los últimos cinco años (en el inicio del proyecto en Enero de 2017 era el 16%). Todos los centros salvo uno están mejorando el indicador, aunque queda margen de mejora. En el proyecto presentado en 2017 poníamos un estándar mínimo del 20%. Prevalencia de EPOC: 2,52% (Estándar propuesto: 2,9%). Hay que señalar que desde que comenzamos el proyecto hemos pasado de una prevalencia de 1,49 al 2,52%.
% de pacientes fumadores en los que se ha realizado intervención sobre el tabaco: 60,91% (estándar que habíamos puesto 58%).
% de pacientes a los que se ha preguntado por el hábito de fumar: 47,89% (Estándar 50%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas en el último año: 40,20% (Objetivo 50%)
Porcentaje de pacientes con diagnóstico de EPOC con intervención en limpieza ineficaz de las vías aéreas: 40,32% (Objetivo 50%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Al parecer, muchos compañeros no están registrando el resultado de la espirometría en el DGP correspondientes sino en texto, por lo que existe infrarregistro en el indicador de los pacientes con espirometría realizada en los últimos cinco años.
- En los centros rurales se señala que, con mucha frecuencia, los pacientes que viven fuera de la cabecera declinan la oferta de hacerse una espirometría por el desplazamiento.
- Prácticamente no ha variado el resultado de los indicadores de síntomas y limpieza ineficaz de vías aéreas respecto al año pasado. Tampoco el perfil de resultados en los centros. Nos proponemos visitar específicamente los centros de más bajo rendimiento, por segundo año consecutivo, para impartir la sesión. El proyecto continúa, seguimos mejorando pero queda mucho por hacer.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Este es un proyecto que nació para tratar de incrementar la prevalencia de EPOC en el sector, que, según el cuadro de mando, en 2016 estaba en 2,5%. Posteriormente el proyecto fue ampliando su alcance para intentar mejorar globalmente el proceso de prevención y diagnóstico de la EPOC, realizando actividades específicas formativas sobre la identificación y registro de fumadores, así como sobre la intervención tabáquica. También, con la introducción de indicadores sobre el plan de cuidados de enfermería en EPOC se realizaron actividades formativas específicas en las que se abordó el interrogatorio y registro de los síntomas, así como el diagnóstico de limpieza ineficaz de vías aéreas. Se compraron espirómetros para todos los centros de salud y se han realizado actividades formativas sobre la realización de espirometrías, centralizando en una o dos enfermeras por centro la realización de espirometrías, y sobre el registro de los resultados de espirometría en OMI-AP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al terminar 2019, el 29,3% de los fumadores entre 40 y 80 años tienen espirometría realizada en los últimos 5 años (Al inicio del proyecto en Enero de 2017 estábamos en un 16%). Aunque la mejora absoluta ha sido de un 13% en tres años, y obtuvimos una mejora significativa en el inicio después de la compra de espirómetros, a partir del Verano de 2018 el resultado ha sido decepcionante ya que nos hemos estancado mejorando un 4% en año y medio. Parece que se hacen más espirometrías en los pacientes con síntomas. Estratificando por edad observamos que se han más espirometrías a los pacientes fumadores más mayores (60-80 años) con un cumplimiento del 35,89% que a los fumadores más jóvenes (40-60) con un cumplimiento 10 puntos menor (26,75). Es precisamente en este grupo de edad donde es más importante la detección precoz, donde menos se realiza.

La prevalencia de EPOC según el cuadro de mando está en 2,42% cuando en Diciembre de 2016 estaba en 2,57%. Sin embargo, hay que tener en cuenta que este indicador no mide realmente prevalencia, sino que solo entran en el numerador los pacientes EPOC que han acudido al centro en el año anterior. Por otra parte, al revisar con OMI-est los diagnósticos EPOC observamos quedan fuera todos los diagnósticos EPOC que no tienen registro de Tiffenau en el diagnóstico; teniendo en cuenta que, tradicionalmente, en la mayor parte de los diagnósticos de especializada no se ha informado de este dato, el resultado es que la mayoría de los diagnósticos de especializada se quedan fuera el indicador. Con los datos de un cupo de AP, si incluyéramos los pacientes de especializada que se han quedado fuera la prevalencia estaría ligeramente por encima del 5%, es decir el 50% de la prevalencia esperada según EPISCAN, infradiagnóstico que no anda lejos de la diferencia de la prevalencia real de diabetes, según cuadro de mando, respecto de la cobertura esperada de diabetes en el estudio di@betes.

Mejores resultados se han obtenido en los indicadores de prevención de EPOC, donde la actividad de detección de fumadores ha pasado de un 41,83% en 2017 a un 49,67% en 2019 (hemos pasado de ser el sector que menos preguntaba al tercer mejor sector), aunque en el año 2019 no hayamos mejorado los resultados de 2018 (mejora absoluta 7,8%). Es de resaltar que, a pesar de este incremento en la actividad de detección, el indicador de intervención sobre el tabaco en pacientes fumadores haya crecido durante este período, desde un 50,48% en 2016 a un 63,96% en Diciembre de 2019 (60,91% en 2018).

Resultados en planes de cuidados de EPOC: limpieza ineficaz de vías aéreas 44,6% (40,32% en 2018), síntomas 48,43% (40,2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La intervención sobre el diagnóstico de EPOC mediante la compra de espirómetros en todos los centros, formación a enfermería en realización de espirometrías, actividades de formación sobre detección precoz y prevención de la EPOC y la monitorización con feedback trimestral de los indicadores han producido un efecto moderado alcanzando techo en tres años. Las espirometrías se hacen más en pacientes con síntomas, y en pacientes de más edad, en lugar de en jóvenes que es donde más indicado estaría la adopción medidas preventivas. No llega a calar la indicación de espirometría en pacientes en riesgo.

El indicador de prevalencia de EPOC de cuadro de mando infravalora la prevalencia real de EPOC ya que está dejando fuera a los pacientes diagnosticados en especializada. Estos datos bajos de prevalencia EPOC puede que estén desincentivando la actividad de detección precoz de EPOC.

Teniendo en cuenta que todos estos indicadores ya forman parte de los indicadores de salud y están en el contrato programa cerramos este proyecto ya que va ser monitorizado como parte de la actividad de implantación del contrato programa de ahora en adelante,

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO
FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES
-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1.Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2.El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN
Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES
Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite Inferior 20%
Límite superior 30%

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 - 2016/1115

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA EPOC

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensuado con el servicio de ginecología y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la prueba de VPH de acuerdo con las líneas estratégicas de SALUD.

Se incrementó la plantilla de matronas en una plaza más.

Se realizó difusión a los centros de salud y las matronas, se colgó el protocolo en la intranet, y se procedió a monitorizar cuatrimestralmente el indicador. Desde el servicio de ginecología comenzó a recomendarse que las revisiones fueran hechas el centro de salud.

% de pacientes entre 30-65 años a las que se ha realizado al menos una prueba VPH/citología en los últimos 5 años

% de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años

El primero de los dos indicadores se incluyó en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual del acuerdo de gestión para las matronas de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El sector ha obtenido un resultado global del 40% en el indicador de las pacientes entre 30 y 65 años (habíamos puesto un estándar de 50%). Si en todo 2017 se había mejorado un 10% en todo el sector, este año la mejora ha sido de un 5%.

% de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años.

Resultado obtenido 36,45% (Estándar propuesto 30%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de los centros supera el 50% de cobertura, sin embargo, los resultados obtenidos por un profesional que atendía a dos de los centros con más población, ha influido en el resultado final. También ha influido el hecho de que una de las matronas no tiene sala de exploración en el centro de salud, lo que imposibilita la ejecución del proyecto.

El año próximo se va a construir la ampliación del mencionado centro de salud, además de haber cambios en recursos humanos.

Hay que tener en cuenta que estamos en el segundo año de proyecto, cuando el período de captación serían cinco años. El proyecto continúa hasta conseguir coberturas superiores al 60% momento en el que consideramos que podremos emprender una captación sistematizada a partir de los registros informáticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título
ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN

Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.
Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DELGADO MONJE ANGELA
ENA BENLLOC SARA
GIL MORALES PATRICIA
BIDZINSKA ANNA IRENA
TORO SEGOVIA MARITZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inició en 2016 con la elaboración de un protocolo de screening de cáncer de cérvix para el sector Alcañiz, consensado con el servicio de ginecología del Hospital de Alcañiz y matronas de atención primaria, que incluye la introducción de la determinación del VPH de acuerdo con las líneas estratégicas del SALUD. Se cubrió la plaza de matrona de Cantavieja que estaba pendiente de reestructuración. Se realizó difusión a los centros de salud para que los médicos de atención primaria derivaran a la matrona y no a ginecología y se colgó el protocolo en nuestra intranet.

Incluimos en el acuerdo de gestión de los centros y en la valoración individual de las matronas el indicador: % de pacientes entre 35 y 65 años a las que se ha realizado al menos una determinación VPH/ citología en los últimos 5 años.

En el mes de junio de 2019 se cerró la consulta de planificación familiar, pasando la actividad de screening de cáncer de cérvix, que realizaban en la consulta a las matronas de Atención Primaria.

En el año 2019 tras los traslados cambiamos la mayor parte de las matronas de nuestra plantilla, habiendo mantenido reuniones formativas con las nuevas matronas. La matrona del sector que atiende Valderrobres y Calaceite, al no disponer de un espacio físico para su consulta, es, en estos momentos, la única que no realiza citologías y se derivan a Ginecología. Actualmente se está realizando una reforma del centro de salud de Valderrobres, por lo que esperamos que este problema quede resuelto a finales de Enero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el 2016 cuando nos planteamos el proyecto partimos de los datos obtenidos en el 2015 que eran un 23,65% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 28,83% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

Los resultados del año 2016 fueron poco significativos con un discreto aumento, ya que se trabajó en la elaboración del protocolo con el servicio de ginecología y se seguía sin disponer de una matrona siendo los resultados de un 23,91% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 29,19% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2017 los resultados obtenidos ya se observa una mejoría siendo un 26,59% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 34,84% entre las mujeres entre 35 y 65 años, considerando que el proyecto debe continuar ya que se introduce en ese momento la determinación del VPH.

En el año 2018 los resultados siguen mejorando siendo un 33,03% de citologías realizadas en Atención Primaria entre las mujeres entre 25 y 34 años y un 37,10% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

En el año 2019 los resultados siguen siendo satisfactorios superando el sector el estándar del 40% que nos habíamos propuesto para la determinación del VPH. los resultados han sido de un 35,89% de citologías realizadas en Atención Primaria entre mujeres entre 25 y 34 años y un 42,40% entre las mujeres entre 35 y 65 años.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro programa ha mejorado sensiblemente las coberturas en los dos indicadores establecidos observándose una progresión continua e una implicación total de las matronas.

También hemos observado un alto porcentaje de funcionarias que utilizan el sistema privado de salud, por lo que esas pacientes se nos están quedando fuera.

El tener un protocolo disponible en la red, monitorizar el indicador, cubrir plaza de matrona vacante y realizar difusión entre los equipos de atención primaria han sido suficiente para poner en marcha el circuito y mejorar los indicadores de cobertura de screening de cáncer de cérvix en el sector de Alcañiz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada
-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).
-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica
-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.
-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.
-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos
-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.
-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.
Se comunicará la actividad en el consejo de salud.
Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.
El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes
% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS
% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACIÓN POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CÁNCER DE CÉRVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN

Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.

Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1717

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LLORENS PALANCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.

Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.

Se han proporcionado cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años. Estándar propuesto 20-30%.

Sector Alcañiz: 25,97% En cinco de los 12 centros se ha sobrepasado el 50% de los pacientes. Los resultados han sido lastrados por un centro grande que dio la sesión formativa a final de año, lo que condicionó su resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha cogido destreza en el manejo del doppler por el personal de enfermería. El indicador está basado en las recomendaciones de ADA, sin embargo, recientemente el programa de diabetes del SALUD ha modificado sus recomendaciones estableciendo que no debe hacerse screening sistemático sino valorar a los pacientes que no tengan pulsos o que tengan clínica, motivo por el que no vamos a seguir midiendo este indicador. En cualquier caso consideramos que el aprendizaje que ha generado este programa en el personal de enfermería es impagable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1717 ===== ***

Nº de registro: 1717

Título
IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La estrategia de diabetes, recomienda, rebajando moderadamente el criterio de la ADA, que se realice, cada 3 años, un índice tobillo-brazo a los pacientes diabéticos mayores de 50 años que tengan algún factor de riesgo cardiovascular o que tengan más de 10 años de evolución de la enfermedad. Para poder implantar esta línea, durante el año 2016, se ha comprado un doppler para cada centro de salud y se ha formado al menos a una enfermera en cada centro de salud del sector. Ahora se trata de monitorizar su implantación.
Por razones de simplificación de la extracción del indicador consideramos que la gran mayoría de los pacientes diabéticos tienen al menos un factor de riesgo cardiovascular, por lo que el estándar tendrá en cuenta este

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1717

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA ESTRATEGIA DE EVALUACION DE ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA EN LOS PACIENTES DIABETICOS

dato.

RESULTADOS ESPERADOS

Implantar el procedimiento de evaluación vascular del programa de Diabetes de Aragón.

MÉTODO

Se ha comprado un doppler en 2016 para cada centro.

Se ha formado al menos un enfermero en cada centro.

Se proporcionarán cortes cuatrimestrales del indicador, para ser presentado en las reuniones del equipo y proponer acciones de mejora si procede.

INDICADORES

% de pacientes diabéticos entre 50 y 80 años, con más de 10 años de evolución de la diabetes, a los que se les ha realizado al menos un doppler en los últimos 3 años.

DURACIÓN

Continúa desde 2016.

Informes cuatrimestrales desde la dirección (JM Turón). Cortes con el indicador: Enero 17, Mayo17, Septiembre 17,

Evaluación final: Diciembre 2017.

Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

OBSERVACIONES

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar: 25 % de los pacientes en 2017

Límite Inferior 13%

Límite superior 25%

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTAMARIA FAJARDO ANGIE
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA
POLO ROYO MARCO
TURON ALCAINE JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un grupo de trabajo compuesto por los médicos de la Unidad de Rehabilitación/consulta de patología musculoesquelética. Se revisó el documento de criterios de derivación de patología musculo esquelética del año 2016 estableciendo criterios de petición de resonancia magnética en patología musculoesquelética en Atención Primaria. Los médicos de atención primaria hacen una propuesta de petición de RMN a la dirección de atención primaria explicando los criterios que cumple el paciente para la realización de la resonancia. A continuación la dirección revisa que cumple los criterios de indicación decidiendo si se aprueba la solicitud o se deniega por falta de criterios.

Se han establecido criterios de solicitud de RMN en patología de hombro, patología de columna y patología de rodilla:

- HOMBRO DOLOROSO con impotencia funcional en la movilidad activa (sospecha de rotura tendinosa). Se excluyen los pacientes mayores de 65 años en los que se solicitará ecografía.
 - PATOLOGÍA DE COLUMNA:
 - o Hipoestésias o disestésias en un territorio radicular. No se solicitará cuando la irradiación solo afecte a territorio proximal
 - o Paresia o pérdida de fuerza en un grupo muscular
 - o Abolición o asimetría clara de ROT
 - o Sospecha de fractura vertebral o patología tumoral
 - SOSPECHA DE PATOLOGÍA MENISCAL. En pacientes menores de 65 años y laboralmente activos que presenten al menos uno de los siguientes: historia de bloqueo articular, chasquidos dolorosos, derrames de repetición refractarios al tratamiento con AINES, sensación de inestabilidad articular.
- El protocolo se ha presentado a los centros y colgado en la intranet en Noviembre de 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta la fecha se han solicitado 10 resonancias de las que se han rechazado 3 (30%). Obviamente solo llevamos un mes desde el comienzo de la implementación, por lo que esperamos que con más tiempo se vaya ajustando el estándar. El proyecto, por ello debe continuar al año que viene donde monitorizaremos también el número de RMN solicitadas por atención primaria y su posible desviación con las que se solicitan en otros sectores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto continúa al año que viene con la monitorización descrita.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

MÉTODO

- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

INDICADORES

% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

DURACIÓN

Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

OBSERVACIONES

El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación. Elaboración de criterios de indicación
- o Difusión en junta técnico asistencial
- o Revisión de todas las peticiones solicitadas por Atención Primaria en dirección de Atención Primaria. Rechazo de las que no cumplen criterios, adjuntando a la respuesta negativa los criterios de petición de resonancia del sector.
- o Monitorización y registro de la actividad de revisión en Dirección de Atención Primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2019 se han solicitado 719 RMN en Atención Primaria, de las cuales se han rechazado 34 y se han realizado 685, es decir que nuestro indicador "% de RMN solicitadas y rechazadas" obtiene un resultado del 4,73% muy por debajo del estándar del 20% que nos habíamos propuesto. La tasa de rechazo fue mucho mayor en los primeros meses del año: de Enero a Mayo se rechazaron el 13,8% de las peticiones, desde el mes de mayo a Diciembre solo se rechazaron el 1,83% de las peticiones. De las solicitudes, un 27% fueron indicadas por atención especializada a través de interconsulta virtual (fundamentalmente Unidad de Musculo esquelético, con un 25,76% de todas las solicitudes del ejercicio). Si consideramos la tasa de RMN por 100000 habitantes nos da en este momento una tasa por 100000 habitantes de 1044 (sin ajustar por cobertura). A final de año 2018 la tasa de Aragón fue de 1224, por lo que consideramos que cumplimos el objetivo que nos habíamos previsto, a la espera de los resultados de Aragón de 2019. Si tenemos en cuenta nuestro histórico, se ha pasado desde 1193 RMN realizadas en 2016 (que fue el año que se introdujeron las RMN en atención primaria en nuestro sector) a 719 en 2019, por lo que creemos que hemos conseguido el objetivo de ofertar la RMN en Atención Primaria ajustando la demanda por debajo del promedio del SALUD.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras un intento de introducir la petición de RMN, en 2016, con un protocolo de petición de RMN cuya implantación no fue monitorizada, obtuvimos una tasa de petición de RMN por 100000 habitantes muy superior a la tasa de petición en Aragón, y la impresión de que no se estaban cumpliendo los criterios de petición. En 2019, la reelaboración del procedimiento de petición de resonancias junto con la interconsulta virtual de especializada y la autorización de las peticiones por parte de dirección ha conseguido reducir el número de peticiones de RMN por debajo de la tasa de solicitudes de RMN del SALUD con una baja tasa de rechazo. Aunque al principio la tasa de rechazo fue elevada, a partir del segundo trimestre la cifra fue testimonial. La supervisión desde Dirección del cumplimiento de criterios de petición de resonancia se ha mostrado muy efectiva y el coste del tiempo de revisión es asumible, por lo que, aunque el proyecto finaliza, vamos a seguir revisando las peticiones desde la Dirección de Atención Primaria, reduciendo la actividad de monitorización y registro al control trimestral de las cifras de petición.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/68 ===== ***

Nº de registro: 0068

Título
ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNETICA EN PATOLOGIA MUSCULOESQUELETICA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0068

1. TÍTULO

ACCESIBILIDAD A LA RESONANCIA MAGNÉTICA EN PATOLOGÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2016, en coordinación con los servicios de Traumatología, Rehabilitación/consulta de musculoesquelético y Reumatología se establecieron unos criterios de derivación por patología osteomuscular desde Atención Primaria al Hospital de Alcañiz en las patologías más frecuentes, criterios que incluían en determinados casos la solicitud de resonancia magnética. Sin embargo, a lo largo de 2017 se produjo un incremento significativo de la demanda de resonancia magnética desde atención primaria en nuestro sector, muy superior a la de otros sectores de Aragón, demanda que no se traducía en una reducción significativa de las peticiones por parte del hospital, por lo que decidimos valorar las solicitudes desde la dirección de Atención Primaria, lo que mostró un número significativo de peticiones que no se adecuaban a protocolo. Por este motivo decidimos revisar este procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
Redefinir los criterios de solicitud de resonancia magnética en el sector en grupo de trabajo conjunto Atención Primaria/Unidad de musculoesquelético.
Mejorar la adecuación de las peticiones de resonancia magnética en atención primaria del sector Alcañiz.

MÉTODO
- Establecimiento de grupo de trabajo Atención Primaria especializada con la finalidad de establecer criterios de adecuación
- Establecimiento de un volante específico con criterios de adecuación
- Estudio de adecuación de las peticiones al protocolo acordado desde dirección del sector
- Revisión de todas las peticiones por parte de dirección

INDICADORES
% de RMN solicitadas sin criterios de adecuación (Objetivo < 20%)

DURACIÓN
Marzo-Abril: establecimiento de criterios
Mayo-Enero 2019: evaluación concurrente

OBSERVACIONES
El grupo definirá criterios de adecuación específicos por localización y patología, que serán convertidos en nuevos indicadores.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
GUIU CAMPOS MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha desarrollado un grupo de trabajo en colaboración con el Sector de Calatayud. Se ha realizado un proceso asistencial de insuficiencia cardiaca basado en las especificaciones de la guía de insuficiencia cardiaca de la Sociedad Española de Cardiología (SEC), de los procesos compartidos entre SEC y semFYC, del proceso asistencial de Osakidetza y de los planes de cuidados del Servicio Andaluz de Salud. Dicho proceso se compone de:

- Subproceso de diagnóstico en atención primaria (Incluye petición de péptido natriurético y derivación a cardiología para valoración de ecocardiografía)
- Subproceso de seguimiento: establece las indicaciones de seguimiento en atención primaria y seguimiento compartido.

- Procedimiento de tratamiento: se indica de forma explícita como titular los distintos fármacos recomendados en las guías de referencia

- Procedimiento de plan de cuidados de enfermería: basado en las recomendaciones del programa picuida (red de cuidados de Andalucía)

- Procedimiento de cuidados paliativos

El borrador inicial se compartió con la dirección de SALUD donde se decidió desarrollar los planes de cuidados de insuficiencia cardiaca en el contexto del programa del paciente crónico complejo, basados en el plan de cuidados de este documento, además de compartir el documento con el resto de sectores. Además, se decidió contextualizar el documento solicitando la colaboración de la unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Miguel Servet que ha supervisado el documento. En estos momentos está en fase de revisión externa por distintos profesionales referentes en Atención Primaria de nuestra comunidad autónoma.

El documento base fue mostrado en un taller a médicos y enfermeras de atención primaria de nuestro sector en el mes de Noviembre, lo que permitió establecer un feedback directo con los profesionales incluidos en el alcance. En estos momentos presenta dos limitaciones principales:

- Seguimos con un solo cardiólogo en el hospital de Alcañiz por lo que su desarrollo va a depender de la incorporación del nuevo cardiólogo

- Estamos pendientes del registro de los planes de cuidados de enfermería en OMI-AP

Una vez se disponga de solución para cualquiera de estos dos condicionantes comenzaremos con la formación en los centros de salud del sector, por lo que este proyecto continuará en el año 2019 con los mismos objetivos y estándares que se establecieron.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No podemos mostrar resultados de momento. Dada la envergadura del proyecto este año ha servido para establecer el proceso en su integridad. En 2019, una vez desarrolladas las acciones para vencer los factores limitantes (cardiólogo y/o planes de cuidados en historia clínica OMI-AP) comenzaremos con la implementación definitiva en nuestro sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa de atención al paciente crónico establecía que enfermería debía establecer planes de acción para los pacientes con insuficiencia cardiaca. Sin embargo, nunca se han establecido protocolos de insuficiencia cardiaca en atención primaria, ni para médicos ni para enfermería. Este proyecto viene a rellenar este vacío. La supervisión de la unidad de insuficiencia cardiaca del Hospital Miguel Servet nos proporciona las bases para conseguir una continuidad asistencial adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LABRADOR FUSTER TOMAS
CASANOVA ESTEBAN PAOLA
ARTAJONA RODRIGO ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se ha finalizado el proceso de atención a la insuficiencia cardiaca en colaboración con la dirección de Atención Primaria del sector Calatayud y los servicios de cardiología del Hospital Miguel Servet y Calatayud y se ha pasado revisión externa por compañeros del sector III y se ha compartido con los sectores II, III y Teruel.

Se ha modificado el informe de laboratorio de NT pro BNP incluyendo el punto de corte para el diagnóstico de insuficiencia cardiaca. Por razones relacionadas con las fechas de resolución del concurso de traslados hemos tenido que retrasar la difusión del proceso en los centros de salud que hemos comenzado a realizar en Enero de 2020 estando previsto llegar a todos los centros.

Se han colgado en OMI AP los documentos de "Hoja de monitorización para pacientes", "Instrucciones para pacientes con insuficiencia cardiaca" y el cuestionario PREDIMED.

Hemos creado un proceso de transición de los pacientes ingresados desde el hospital a Atención Primaria, creando una consulta monográfica de insuficiencia cardiaca en la unidad de cronicidad del hospital, para ser desarrollada por una enfermera con competencias avanzadas en cuidados de insuficiencia cardiaca. Su misión es iniciar la educación del paciente y su familiar para conocer su enfermedad, reconocer los síntomas de alarma y las recomendaciones de autocontrol y autocuidados. Antes de salir de alta el paciente, la enfermera llamará a la enfermera de atención primaria responsable del paciente y le comunicará el plan de cuidados y el nivel de conocimientos adquiridos. Se valorará la efectividad de la intervención monitorizando la tasa de reingresos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todavía estamos difundiendo en los centros de salud, dado que los traslados se han resuelto muy tarde y no teníamos que esperar a tener las plantillas estables antes de difundir. El proyecto ha tenido demanda en otros sectores del SALUD.

Por razones estratégicas, por el momento no se pueden incluir los formularios propuestos en OMI-AP, lo que hemos paliado colgando documentos en las plantillas de OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto va despacio y esperamos concluirlo en 2020 si no aparecen nuevos problemas estructurales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0074

1. TÍTULO

PILOTAJE DE UN PROTOCOLO DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL SECTOR SANITARIO DE ALCAÑIZ

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En un reciente informe del IACS, nuestro sector presentaba una tasa creciente de hospitalizaciones por insuficiencia cardiaca en pacientes diabéticos desde el año 2011 a 2014, tendencia que está por encima de las tasas de Aragón y de España. A pesar de la notable modificación de los contenidos de las guías de insuficiencia cardiaca desde 2012, no se ha llevado a cabo ninguna actualización formativa ni protocolo destinado a Atención Primaria. Creemos que esto redundará en que se diagnostique y trate tardíamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la variabilidad en la práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la Insuficiencia cardiaca crónica en el sector de Alcañiz.
Incrementar el diagnóstico y tratamiento precoz de la insuficiencia cardiaca en Atención Primaria.
Reducir la tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca y la estancia media en el sector de Alcañiz.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo, en colaboración con otros sectores, orientado hacia Atención Primaria basado en la adaptación del proceso asistencial simplificado de la insuficiencia cardiaca de la SEC, introduciendo un algoritmo de evaluación de síntomas que dirija la secuencia de pruebas diagnósticas desde atención primaria. La selección de tratamientos irá orientada a los hallazgos diagnósticos previos de acuerdo a los criterios de la guía.
Introducción de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca dentro del proceso asistencial del paciente crónico complejo con insuficiencia cardiaca
Formación en los centros de salud.

INDICADORES

- Prevalencia de insuficiencia cardiaca en los registros de Atención Primaria. Fuente de datos: OMI-est
- % de pacientes con nuevo diagnóstico de insuficiencia cardiaca en los que consta en la Historia Clínica la fracción de eyección a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%).
- % de peticiones de péptido natriurético justificadas por la clínica a partir de la implantación del proyecto (Objetivo >80%)
- % de pacientes con resultado de péptido natriurético elevado a los que se han realizado ecocardiografías en el año en curso. (Objetivo >80%)
- % de pacientes crónico complejos con diagnóstico de insuficiencia cardiaca crónica en los que consta la cumplimentación de la escala europea de autocuidado en insuficiencia cardiaca al menos una vez al año. (Objetivo >80%)
- Tasa de hospitalización por insuficiencia cardiaca (Objetivo: Reducción)

DURACIÓN

- Abril - Julio: Redacción del protocolo
- Septiembre: Formación a los centros
- Febrero 2019: evaluación de primeros resultados.

El proyecto tendrá una duración plurianual sujeta a la evolución de la implantación del proyecto y de los resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAJONA RODRIGO ESTER
SALAS ALCANTARA MARIA
ORDÓÑEZ FERRER MARIA DEL MAR
FERRANDO AZNAR CLARA
ALCAINE CHAURE FERNANDO
PEREZ DEL SALVADOR ANA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones formativas en el hospital y una sesión de formación de formadores en Atención Primaria, colgando el protocolo en la intranet, aunque se han desarrollado con el año avanzado. Durante el año 2019 nos proponemos llevar sesiones a los centros de salud con el apoyo de ESAD y ejemplos de casos concretos de los centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se tienen registros de las sedaciones paliativas efectuadas en el último trimestre en el Hospital de Alcañiz. Han sido 8 pacientes. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 27% (3 pacientes) no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, pero no se encontró registro de inducción (intensidad de la sedación y puntuación escala de Ramsay) en ninguno de los pacientes. Se encontraron registros evolutivos en todos ellos, aunque siguieron faltando la intensidad de la sedación y el registro de la escala de Ramsay en los evolutivos. El 50% de los pacientes padecían un proceso oncológico, en el resto de los casos se trató de insuficiencia renal, cardiaca, respiratoria o causa neurológica. No se han podido obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre. Se comprueba que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la intensidad de la sedación ni el registro de la escala de Ramsay. El 100% de los pacientes en domicilio fueron sedados mediante fármacos administrados por vía subcutánea, nunca intravenosa. El 25% de ellos en bolus a través de la palomilla SC, y el 75% mediante el uso de los infusores elastoméricos de 5 o de 7 días, de bajo o de alto flujo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está comenzando a implementarse y debe ser monitorizado y mejorado. Los resultados del primer trimestre van a ser analizados por la comisión de cuidados paliativos para adoptar acciones de mejora o modificaciones en el procedimiento si procede. Se echa de menos una estrategia a nivel servicio aragonés de salud que genere registros informáticos y facilite el registro y evaluación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.

En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO

Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:

- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES

- % de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
- % de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
- % de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
- % de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
- % de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN

El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES

A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica. Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables. Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ROBERTO GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA

· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha proporcionado espirómetro a todos los centros de salud, aunque en dos de ellos se ha retrasado la llegada hasta final de 2017
- Se ha proporcionado formación en la realización de espirometrías a enfermeras de todos los centros de salud con la excepción de los dos centros donde se ha retrasado la llegada del espirómetro
- Se ha proporcionado formación sobre la estrategia de screening espirométrico a los fumadores
- Se ha incluido en el contrato de gestión de sector el indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se ha realizado al menos una espirometría en los últimos 5 años, con un estándar de entre el 20 y el 30% de los pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Indicador de fumadores entre 40 y 80 años del sector que tienen espirometría realizada en los últimos cinco años: Hemos pasado de un 15,96% en Enero de 2017 a un 20,78%, alcanzándose el objetivo mínimo del sector.
- Respecto a la prevalencia de EPOC hemos pasado de un 25% a un 26% respecto a lo esperado en el estudio EPISCAN. Un centro llega al 50% de lo esperado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este es un proyecto planteado para un plazo de cinco años. Ha habido centros donde se ha mostrado una evolución rápida mientras que en otros está yendo más lento. El incremento de un 5% en las espirometrías realizadas se ha traducido en un incremento de un 0,05% en la prevalencia de EPOC. Si el crecimiento de la prevalencia fuera similar incrementando el número de espirometrías sería difícil alcanzar el 10% del estudio EPISCAN.

7. OBSERVACIONES.

Hay que señalar que el indicador que muestra el cuadro de mando se realiza sobre población atendida, por lo que no se puede considerar que esta sea la prevalencia real. Por otra parte se ha observado que diagnósticos erróneos de EPOC que han sido corregidos en OMI-Ap siguen apareciendo como EPOC, por lo que es posible que existan sesgos a la hora de evaluar la prevalencia.
En algún centro con elevada demanda de espirometrías se especula con que no se esté registrando el resultado de la espirometría en OMI_AP por parte del médico.
Vamos a seguir trabajando en la línea de EPOC-tabaquismo manteniendo este indicador junto con los de tabaquismo para los años siguientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1115 ===== ***

Nº de registro: 1115

Título
INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1115

1. TÍTULO

INCREMENTAR EL DIAGNOSTICO DE EPOC EN EL SECTOR SANITARIO MEDIANTE UNA ESTRATEGIA DE SCREENING ESPIROMETRICO EN PACIENTES DE RIESGO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años disponemos de información sobre la prevalencia de EPOC en nuestro sector, a través de un indicador del CG. Según los resultados de 2016 en Septiembre estamos en torno a un 25% de la prevalencia esperada según el estudio EPISCAN. Si tenemos en cuenta que es posible que algunos de los diagnósticos sean pacientes asmáticos mal clasificados, el problema sería aún mayor. La impresión es que hay un importante infradiagnóstico: sólo se diagnostican los EPOCs avanzados con síntomas evidentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Parece que la implementación del programa de EPOC en Atención Primaria es muy mejorable. Nuestra hipótesis es que se hacen pocas espirometrías en los pacientes en riesgo de EPOC. Detección oportunista de pacientes fumadores entre 40 y 80 años con ofrecimiento de realización de espirometría

MÉTODO

FORMACIÓN: Manejo del espirómetro (enfermería).
Diagnóstico EPOC (Médicos y enfermería). Abordaje del tabaquismo.
Diseño e impresión de cartel animando a la realización de la prueba para poner en las puertas de las consultas.

INDICADORES

-Definición del indicador: % de pacientes fumadores entre 40 y 80 años a los que se les ha hecho una espirometría en los últimos 5 años.
- Numerador: Pacientes fumadores entre 40 y 80 años ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) a los que se ha hecho al menos una espirometría en los últimos 5 años
- Denominador: Pacientes fumadores ("FUMADOR=SÍ") (DGP "AA"= SI) entre 40 y 80 años
Aclaraciones:
1. Se incluirán como fumadores todos los pacientes que hayan contestado al menos una vez sí en los últimos 5 años.
2. El DGP "AA" se corresponde al campo "FUMADOR=SI/NO".

DURACIÓN

Este es un proyecto a desarrollar en los próximos cinco años.
-La formación en espirometrías ya se ha realizado
-Las sesiones del diagnóstico de EPOC y abordaje del tabaquismo se prepararán para el primer semestre
-Diseño de cartel: primer trimestre

OBSERVACIONES

Fuente de Datos: OMI-AP
Valor a alcanzar: 30 % de los pacientes en 2017
Límite inferior 20%
Límite superior 30%

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA ATENCION PRIMARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
TURON ALCAINE JOSE MARIA
VERDE SANZ GUAYENTE
RECHE SABATER ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en los centros de salud entre marzo y junio 2019, y en la junta técnico asistencial del Sector de junio se presenta nuevamente y se resuelven las cuestiones, dudas, etc de los coordinadores médicos y de enfermería de los EAP.

En marzo 2019, se hace la primera extracción de datos de los pacientes con prescripciones activas de antidiabéticos no insulínicos:

- BDU: características o variables sociodemográficas (CIAS, EAP, edad y sexo).
- Módulo de historia farmacoterapéutica electrónica: código principio activo, nombre principio activo, fecha inicio tratamiento, fecha fin tratamiento, dosis, posología, código nacional, nombre comercial del medicamento, código CIAP y diagnóstico asociado a cada tratamiento.
- Nomenclator: DDD principio activo, dosis, unidad dosis, unidades por envase.
- DATA farmacia y OMI AP: filtrado glomerular de los últimos doce meses (marzo 2018 - febrero 2019), fecha, valor filtrado glomerular, unidades, y casilla vacía en aquellos pacientes que no dispongan del dato (fecha y/o valor). Se obtienen datos de 4601 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1044 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Omilab@. Casualmente se cambia el programa de Omilab a Modulab en marzo-abril 2019 y no se pueden recuperar los datos anteriores. Esto obligaría a tener que consultar uno a uno en HCE si ese dato está o no. Ante la dificultad por el elevado número de pacientes, se contacta nuevamente con los coordinadores médicos (correo-e y sesiones) y se les indica que soliciten y registren el dato de FG de estos pacientes. Se volverán a extraer datos de Modulab en septiembre 2019. Finalmente, de 4601 no disponemos de datos de 861 pacientes ni en OMI ni en HCE. En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 861 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

En octubre 2019, se diseñó el formato con la propuesta de modificación de tratamiento de los pacientes por cupo, en los que sería recomendable sustituir algún fármaco por contraindicación, reducir la dosis o ampliar el intervalo entre dosis. También se seleccionó la bibliografía con la que se ha trabajado para ofrecer esta propuesta de modificación de tratamiento.

Debido a las dificultades para obtener los datos, y el tiempo transcurrido desde la primera extracción, en enero 2020 se realiza una nueva extracción global para actualizar los datos y hacer el corte definitivo con datos del año 2019 completo.

Los pacientes de los que no dispongamos los datos tal y como se reflejan en el proyecto, serán excluidos del estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto continúa en 2020. No disponemos de los datos definitivos. Pendiente de la segunda vuelta y de la valoración de la aceptación de las recomendaciones ya emitidas.

Primera vuelta:

- ? El 24,5% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses
- ? El 18,7% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.
- ? El 30% presentan inadecuación de dosis o contraindicación. De estos, el 16% tienen algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo se ha llevado a cabo conjuntamente entre los Sectores de Alcañiz y Barbastro, resultando clave para abordar los retos, problemas, etc. que se han planteado en cada lugar y pudiendo ofrecer la solución más adecuada. Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

*** ===== Resumen del proyecto 2019/5 ===== ***

Nº de registro: 0005

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR ALCAÑIZ)

Autores:
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, LLORENS PALANCA DOLORES, VERDES SANZ GUAYENTE, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria (AP) es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados.
La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedición.
La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada. Los aspectos a considerar son:
- Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.
- Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR). Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en AP cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...).
Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del Sector de Alcañiz.
? Promover la correcta dosificación de los fármacos en pacientes con IR.
Objetivo secundario
? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial, comisión de diabetes y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos. La farmacéutica de atención primaria (FAP) realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además, junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR. El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

INDICADORES

Fuente datos: receta electrónica.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y FG < 60 ml/min en los últimos 12 meses.
Febrero y mayo 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos y sin datos de FG en los últimos 12 meses.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción de antidiabéticos no insulínicos e inadecuación de dosis o contraindicación.
Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0005

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

containdicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

DURACIÓN

Enero - diciembre 2019.

Revisión por CIAS, elaboración de los informes de recomendaciones y envío: febrero y mayo.

Sesiones farmacoterapéuticas en los equipos AP: marzo - abril.

Seguimiento y asesoramiento FAP: marzo-noviembre.

Revisión de los informes y adecuación de los tratamientos: marzo-noviembre.

Evaluación final: noviembre-diciembre.

Responsable: FAP de Alcañiz.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1117

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERDES SANZ GUAYENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ofreció la creación de un grupo de trabajo de gestión por objetivos a los centros del sector. Se creó un indicador con puntuación extra a aquellos centros que obtuvieran una cobertura superior al 50% en las actividades de proceso de diabetes. Se revisaron cuatrimestralmente los indicadores, y a partir de Septiembre mensualmente con los representantes de los centros de salud participantes. En función de las necesidades detectadas se realizaron sesiones sobre educación individual y su registro en el plan de cuidados de conocimientos deficientes y sobre pie diabético. Se trabajó con el laboratorio en la mejora del registro de filtrado glomerular. No se pudo abordar la actividad de retinografías por no disponer del retinógrafo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Acudieron regularmente a las reuniones 6 de los 12 centros. 6 de los 12 centros han alcanzado una cobertura del 50% en los indicadores de proceso (Microalbuminuria, GFR y LDL en el último año, Glicada en los últimos seis meses, Hipoglucemia en el último año, 3 presiones arteriales el último año y exploración de pie).

La cobertura global de glicada en los últimos seis meses ha sido del 47,9% (mejora del 3%), con incrementos de alrededor de 7 puntos en las coberturas LDL y microalbuminuria encontrándose actualmente alrededor del 70% de los pacientes, y un incremento de 22% en registro de GFR, estando actualmente en el 66% de los pacientes. La evaluación del pie en el sector ha pasado al 50,78% de los pacientes (mejoría de un 7%). En hipoglucemia se ha pasado de un 46 a un 52%.

Respecto a los indicadores nuevos destacar un 39,4% en evaluación del riesgo del pie debido a un error en el registro del riesgo del pie que se subsanó a partir del verano. En el plan de conocimientos deficientes se mejoró un 13%, a costa fundamentalmente de los centros que acudieron a las reuniones.

En cuanto a resultados objetivo hay que destacar la mejoría de un 7% en los pacientes con glicada menor de 7 respecto al año 2016 (32,52% vs 25,41%). También hemos obtenido mejoras discretas en el control de LDL de riesgo alto y muy alto en torno a un 3%. En control de presión arterial, GFR y macroalbuminuria no se obtuvieron cambios significativos, mientras que en GFR el indicador de > 60 subió un 18%, lógico si se tiene en cuenta que este año el registro de GFR ha mejorado un 22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Globalmente han mejorado todos los centros. Además del énfasis que se hace en las juntas técnico asistenciales y del objetivo propio del sector hay que señalar que todos los centros que han asistido a las reuniones del grupo de trabajo han alcanzado el 50% de la cobertura. El desempeño global en los indicadores de cobertura ha sido mejor en estos centros, siendo especialmente sensible la evolución a partir de Septiembre con las reuniones mensuales. Las reuniones del grupo de trabajo han estimulado el liderazgo de los representantes de los equipos y las sesiones clínicas se han compartido entre los miembros de los equipos facilitando las acciones de mejora incrementando la cultura de la organización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1117 ===== ***

Nº de registro: 1117

Título
GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1117

1. TÍTULO

GESTION DEL CUADRO DE MANDO DE DIABETES

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde el año anterior disponemos del cuadro de mando en diabetes. A través de él venimos observando tendencias planas en estos indicadores que afectan a 10 de los 12 centros, lo que nos indica que se están usando poco las funcionalidades del cuadro de mando. La causa es la escasa tradición en gestión clínica y la resistencia al cambio cultural
Es un objetivo estratégico de esta dirección desde el año anterior.

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LOS RESULTADOS DE LOS INDICADORES DE COBERTURA DEL PROGRAMA DE DIABETES

MÉTODO
Se plantearán acciones formativas en función de la evolución del cuadro de mando y a demanda de los centros. Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Ya se presentó en el año anterior.

INDICADORES
Todos los indicadores de cobertura deberán ser superiores al 50% (HbA1C, retinografía, GFR, LDL, Microalbuminuria, Pie diabético, Hipoglucemia).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud.

DURACIÓN
Continúa desde 2016.
Informes cuatrimestrales desde la dirección: benchmark entre centros e intracento (JM Turón).
Actas cuatrimestrales de los centros de salud: Coordinadores EAP.
Duración: indefinida hasta conseguir objetivos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA TURON ALCAINE
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un registro de incidencias informatizado. De esta forma cualquier trabajador, desde su ordenador puede registrar una incidencia sin tener que ir a buscar el papel. Especialmente útil en consultorios donde el registro de incidencias no se encuentra disponible cuando está en formato papel.
- Reuniones cuatrimestrales coordinador de calidad de atención primaria-coordinador de calidad del centro. Esta estrategia está orientada a realizar formación concurrente a los coordinadores hasta desarrollar la suficiente experiencia y conseguir autogestionarse. Estos han sido los contenidos:
 - o Gestión por objetivos. Se han revisado los indicadores del cuadro de mando del contrato de gestión, de diabetes y farmacia, priorizando acciones de mejora
 - o Gestión de incidencias. Se revisan las incidencias, seleccionando para realizar acciones de mejora aquellas incidencias más relevantes o más repetidas.
 - o Reclamaciones: se revisan las reclamaciones, dando lugar a proyectos de mejora en el caso de las reclamaciones fundamentadas.
 - o En las reuniones se revisa el funcionamiento de los distintos procedimientos mediante entrevistas con los responsables correspondientes
- Procedimientos de ISO en Atención Primaria: Los procedimientos de esterilización y de extracción de muestras se han generalizado en todo el sector. Los procedimientos de gestión de almacén y material de urgencias han sido adoptados por casi todos los centros no ISO.
- Revisión por la dirección. Realizamos un informe del desarrollo del sistema del año anterior, aportando en caso necesario recursos desde la dirección de atención primaria. Queremos destacar, en el ámbito de la seguridad clínica, el desarrollo de un programa de formación en reanimación cardiopulmonar básica y avanzada que se ha desarrollado en todos los centros.
- Se ha llevado a cabo auditoría interna en todos los centros y auditoría externa en el centro de salud de Alcañiz

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Dos de los centros obtienen 8 o más puntos del contrato en todos los indicadores. De los centros grandes, Andorra consigue la máxima puntuación en el 58% de los indicadores de contrato (si consideramos más de 6 puntos suben al 67%), mientras que Alcañiz, el último centro que se incorporó ha mejorado considerablemente obteniendo más de 8 puntos en el 54% de los indicadores. Queda por debajo del 50% Caspe (creemos que relacionado con el cambio de un porcentaje importante de la plantilla) y Alcorisa.
- Respecto al cuadro de mando de diabetes, salvo en Alcorisa, se obtienen coberturas superiores al 70% en todas las analíticas de medición anual, superando el 50% de los pacientes con glicada en los últimos seis meses en 3 de los seis centros. Todos los centros salvo Alcorisa y Caspe superan el 50% en el registro de hipoglucemia
- Indicadores del cuadro de mandos de farmacia a nivel de Sector. En medicina de familia todos los indicadores cumplen con el rango establecido a nivel autonómico, aunque los indicadores de pediatría son mejorables.

A este respecto, se dotó de test rápido de detección de antígeno estreptocócico A a todos los EAP, incluyendo atención continuada.

- Incidencias, reclamaciones y auditorias. Proyectos de mejora del acuerdo de gestión aparte, señalamos las incidencias que han dado lugar a acciones de mejora relevantes a nivel de sector:
 - o Un error en la dosificación de un informe de Sintrom del Hospital fue detectado por el enfermero de un centro antes de entregarse, en relación con acción de mejora (instrucción técnica de entrega de resultados de informes de INR del hospital) realizada el año anterior por una incidencia similar. Se va a exportar a todo el sector y ha sido incluido dentro del amfe de pruebas funcionales.
 - o Al atender una parada cardiorrespiratoria en domicilio e ir a utilizar el desfibrilador se encontraron con que, a pesar de que la forma de la conexión de los parches del desfibrilador era la correcta, la anchura de la conexión era un cm más ancho que la del desfibrilador, por lo que no se pudieron usar. Esto dio lugar a revisión de todos los parches de desfibrilador del sector asegurando que los parches, además de la forma, sean de dimensiones correctas.
 - o A raíz de un parto en un centro de salud, se elaboró una sesión clínica en colaboración con el servicio de ginecología sobre atención al parto extrahospitalario y se dotaron de los materiales necesarios. Esta sesión se está exportando a otros centros.
 - o Todos los centros han realizado actividades formativas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada
- Uno de los puntos donde mejores resultados se ha obtenido es de la satisfacción del usuario en los centros grandes, que ha mejorado sensiblemente, sobre todo en el aspecto de la accesibilidad en relación con la intervención del personal de enfermería en la recepción de la cita indomorable de estos centros. Destaca el hecho de un centro de salud en el que, antes de comenzar con el sistema de gestión de calidad, la respuesta a "recomendaría este centro" solo era contestada afirmativamente entre un 50% y un 70% entre los años 2008 y 2010, que en 2013 pasó al 90% y en 1995 al 96%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

- Las auditorias han dado lugar a desviaciones menores, destacándose en las auditorías internas la gestión por objetivos y el chequeo regular de todos los equipamientos de urgencias con carros de parada precintados y dispuestos para el uso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El mantenimiento del sistema de gestión de calidad de los centros de salud del sector Alcañiz sigue siendo viable, algo que consideramos puede estar relacionado con las actividades cuatrimestrales de seguimiento del coordinador de calidad de atención primaria y los de los centros (3 días/año).

Los procedimientos de organización de los centros (gestión de materiales de urgencias, almacenes, equipamientos, extracción de muestras biológicas, esterilización, farmacia) con responsables definidos de cada uno de ellos, han mejorado de forma notable la organización de los centros. Con el paso de los años, la mayoría de los centros del sector no certificados han ido incorporando progresivamente estos procedimientos, por lo que esta maduración organizacional ha acabado alcanzando a casi todo el sector. Uno de los objetivos de esta dirección es terminar de implantarlos en los centros que faltan.

El otro punto sensible del sistema de gestión de calidad es la gestión por objetivos. Con las revisiones cuatrimestrales de indicadores, la mayoría de los centros han alcanzado las puntuaciones más altas del sector en el contrato de gestión, aunque en un centro se ha producido en los últimos años un estancamiento en los indicadores a pesar de los informes de benchmark que se realizan. También hemos exportado este año la gestión por objetivos a centros de salud no certificados obteniendo dos de ellos resultados excelentes mientras que en otros centros prácticamente han duplicado los resultados del año anterior.

En resumen, la adopción de un sistema de gestión de calidad basado en norma ISO 9001 en los centros de salud ha mejorado sensiblemente la organización, la seguridad y los resultados de los indicadores de contrato no solo en los centros certificados, sino también en los no certificados, dándose la circunstancia de que algunos centros no certificados están obteniendo un desempeño superior a algún centro de los certificados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1122 ===== ***

Nº de registro: 1122

Título
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años tenemos certificados con ISO 9001:2008 6 centros de salud. El desarrollo de la norma ha hecho madurar la organización, no solo de los centros afectados, sino también del resto de los centros que poco a poco han ido compartiendo los procedimientos principales que se han convertido en las normas de organización del sector. En los dos últimos años hemos visto como un centro se relajaba en el cumplimiento de la norma, por lo que estamos considerando su exclusión del proyecto en tanto no se cambie la actitud, por lo que planteamos el mantenimiento en cinco de los seis centros.

RESULTADOS ESPERADOS
MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCIÓN PRIMARIA DEL SECTOR ALCAÑIZ

MÉTODO
Mantenimiento de un sistema de gestión de la calidad según norma ISO 9001
-Cumplimentación del registro de incidencias (todos los trabajadores)
-Elaboración de acciones correctivas para solucionar no conformidades (Coordinador de calidad del centro)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1122

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DE LAS CERTIFICACIONES ISO 9001 EN ATENCION PRIMARIA

- Análisis sistemático de todos los datos recibidos por el centro y actas de registro (C.calidad, coordinadores de centro)
- Reuniones cuatrimestrales entre coordinadores de calidad del centro y del sector
- Revisión anual por la Dirección
- Auditorías internas y externas

INDICADORES

- Auditorías internas y externas
- Mantenimiento de la certificación externa

DURACIÓN

Se trata del mantenimiento del proyecto y ya está descrito en el manual de la calidad de los centros de salud de Atención Primaria en el ámbito 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 - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE MIREN ARANTZAZU GARCIA COLINAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDOS CARMEN
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
COLAS OROS CARLOS
CRESPO AVELLANA MANUEL
VARELA MARTINEZ ISABEL
ARRIBAS GARCIA JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mayo 2016

1. Comunicación a la gerencia del Sector Alcañiz, a la Comisión de Infecciones y Política Antibiótica, y a la Comisión Central de Garantía de la calidad de la pertinencia del proyecto y de su aprobación por los mismos.

2. Creación de un grupo multidisciplinar PROA compuesto por personal facultativo de los servicios de microbiología, medicina interna y farmacia (atención primaria y atención especializada).

Hasta la fecha se han mantenido 25 reuniones.

Junio 2016 - Octubre 2016

3. Se contacta con todos los servicios del Hospital de Alcañiz y se designan responsables para cada uno de los capítulos de la "guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz que se va a elaborar.

4. Se crea una plataforma para la gestión de la documentación (Alfresco) en la intranet del Sector Alcañiz.

5. Se elabora el Mapa de resistencias de 2015 tanto del Hospital de Alcañiz como de Atención Primaria del Sector Alcañiz.

Noviembre 2016 - Octubre 2017

6. Elaboración de la "guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz, que incluye los diagnósticos, tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes, y la guía de profilaxis quirúrgica.

7. Formación en los servicios por parte de los responsables de los capítulos y/o miembros de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica. En esta primera fase se ha hecho especial énfasis en el consumo de antimicrobianos y las resistencias.

8. Actividad PROA Bacteriemia, con el objetivo de mejorar el pronóstico de los pacientes con bacteriemia del Hospital de Alcañiz. Hasta el momento se han gestionado 38 pacientes hospitalizados y 7 ambulatorios. Esta actividad permite poder discutir las oportunidades de ajuste microbiológico (desescalamiento) e identificar mejoras en el tratamiento empírico y adecuar la guía en caso necesario.

9. Asesoría a los servicios hospitalarios y de atención primaria sobre e PROA. Información proactiva y reactiva.

10. Certificación del PROA. Inicio en el mes de octubre del curso de certificación por parte de una microbióloga y una farmacéutica hospitalaria.

Noviembre 2017 - Enero 2018

11. Revisión y maquetación del documento.

12. Creación de una sección para el PROA en la Intranet del Sector Alcañiz.

13. Publicación del documento (solicitada autorización inclusión logos institucionales del Gobierno de Aragón y del ISBN).

Febrero 2018

14. Difusión de la "Guía de tratamiento antimicrobiano" del Hospital de Alcañiz a los profesionales sanitarios del Sector (fecha pendiente de la disponibilidad de la gerencia).

15. Programación de Formación continuada en antimicrobianos en el Hospital de Alcañiz a lo largo de 2018. Estaba previsto terminar el proyecto en mayo 2017, si bien hemos necesitado un semestre más, por motivos logísticos fundamentalmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Creación del grupo PROA que se ha reunido de manera sistemática al menos una vez al mes.

2. Elaboración y publicación de la "Guía de tratamiento antimicrobiano", pendiente de difusión oficial en el mes de febrero.

3. Certificación PROA. Iniciado el programa de certificación oficial en el que participan una microbióloga y una farmacéutica hospitalaria. Diploma de experto universitario (UNED): AMS-PROA excelencia: desde la práctica clínica hasta la certificación del hospital. Septiembre 2017 - Julio 2018.

4. Indicadores

a. 100 % elaboración guía de tratamiento antimicrobiano. Inicio noviembre 2016 - fin diciembre 2017.

b. Informe anual de resistencias 2015. Elaborado y publicado mayo 2017.

c. 50 % adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.

d. 50% puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.

e. 100% adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA. Inicio noviembre 2016 - fin diciembre 2017.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es la primera guía que se hace en el Hospital de Alcañiz en el que participan todos los servicios. La creación del grupo de trabajo PROA formada por facultativos comprometidos de farmacia AP y AE, microbiología y medicina interna, ha sido crucial para poder abarcar esta tarea. Este grupo seguirá activo desarrollando y coordinando todas aquellas acciones relacionadas con el PROA. Igualmente importante para el éxito de la misma (que no es otro que la implementación de la guía y la formación continuada), es que los facultativos del grupo PROA son accesibles y referencia para el resto del hospital y AP cuando procede, ofreciendo información proactiva y reactiva. Este tipo de proyecto puede replicarse en cualquier hospital del mismo tamaño. En el futuro próximo, se empezará con el PROA de Atención Primaria, para lo cual se incorporarán facultativos médicos de AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/753 ===== ***

Nº de registro: 0753

Título
CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, ARRIBAS GARCIA JORGE, NAVARRO PARDOS CARMEN, VARELA MARTINEZ ISABEL, PIQUERAS SERRANO CARMEN, MARTINEZ PAGAN ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO
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 uso apropiado de antimicrobianos es necesario en aras de un beneficio ecológico (prolongación de la vida útil de los antibióticos). Además, la optimización de los tratamientos antibióticos debe contribuir a mejorar el pronóstico de los pacientes que los necesitan y minimizar la probabilidad de aparición de eventos adversos relacionados con su uso. Son uno de los medicamentos más utilizados a nivel intrahospitalario (25-41% de los pacientes hospitalizados son tratados con antibióticos y sobre el 60% recibe al menos una dosis durante su ingreso) y, aunque son seguros, no están exentos de efectos adversos potencialmente graves. En el hospital de Alcañiz, según el estudio EPINE 2015, el 56% de los pacientes recibieron tratamiento antibiótico. En España, se ha observado que los efectos relacionados con los antibióticos suponen el 20% de las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias por toxicidades farmacológicas, doblando la frecuencia de visitas asociadas a otros medicamentos tradicionalmente considerados de «alto riesgo»; e igualmente en pacientes hospitalizados, es el grupo terapéutico en el que se ha observado mayor frecuencia de efectos adversos a fármacos. Por último, y desde una perspectiva institucional, en algunos países desarrollados los antibióticos representan un porcentaje importante del gasto farmacéutico hospitalario, (hasta el 30% del gasto de farmacia y el uso no óptimo se asocia además con costes indirectos, como la prolongación de la estancia hospitalaria, morbilidad y mortalidad de los pacientes. La base fundamental para del uso apropiado de los antimicrobianos es la formación y el conocimiento. Formación en el método clínico para realizar el diagnóstico correcto y la evaluación de la gravedad, y conocimiento de la epidemiología local y de los principios de la antibioterapia para hacer la indicación correcta. La ordenación y actualización de esos conocimientos no es fácil por la incorporación de nuevos antimicrobianos, nuevos conocimientos a la doctrina de las enfermedades infecciosas y la diversidad de la etiología de las infecciones a la que se añade la proporcionada por el marketing de la industria farmacéutica. Se trata por lo tanto de un problema global del hospital que necesita una respuesta global. Los programas institucionales de optimización de tratamientos antimicrobianos han demostrado su utilidad, en este sentido McDougall y Polk definen los PROA como la expresión de un esfuerzo mantenido de una institución sanitaria por optimizar el uso de antimicrobianos en pacientes hospitalizados con la intención de:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0753

1. TÍTULO

CREACION DEL GRUPO DE TRABAJO E IMPLANTACION DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIBIOTICOS (PROA) EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. SECTOR ALCAÑIZ

1. Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con infecciones.
2. Minimizar los efectos adversos asociados a la utilización de antimicrobianos (incluyendo aquí la aparición y diseminación de resistencias).
3. Garantizar la utilización de tratamientos coste-eficaces.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducción de:

- la mortalidad y morbilidad de los pacientes con infecciones graves.
- los efectos adversos.
- las resistencias bacterianas.
- los costes económicos asociados a un uso incorrecto.

MÉTODO

Diseño, implantación (planificación, ejecución y verificación) y difusión de los resultados de un programa institucional de optimización de los antimicrobianos, dependiente de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica y de carácter multidisciplinar. La optimización incluye la indicación, selección, dosificación, vía de administración y tiempo de administración apropiados.

Pasos a seguir:

1. Constitución del grupo PROA: farmacéuticos, internistas y microbiólogos.
2. Programa institucional. Aprobación de la Comisión de Infecciones y Política antibiótica, Dirección Médica y Comisión Central de Garantía de la Calidad.
3. Elaboración:
 - Documento central: "Recomendaciones para el uso de antimicrobianos del Hospital de Alcañiz".
 - Guías de diagnóstico y tratamiento empírico y dirigido de los principales síndromes.
 - Guía de profilaxis quirúrgica.
4. Programa formativo sobre antimicrobianos e información sobre el consumo de antimicrobianos y resistencias bacterianas.
5. Asesoría clínica a los Servicios.
6. Certificación del PROA.
7. Evaluación los resultados.

INDICADORES

Indicadores

- % elaboración de:
 - o Guía de Tratamiento Antimicrobiano.
 - o Informe anual de resistencia 2015.
- % de adecuación del protocolo de profilaxis antibiótica quirúrgica.
- % puesta en marcha de la restricción del uso de algunos antimicrobianos.
- % adecuación de los protocolos existentes a la estructura del PROA.

Evaluación y Seguimiento trimestral.

DURACIÓN

1 año (junio 2016 - mayo 2017)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1412

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE SARA ARENZANA GARCIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AYORA RUBIO RAQUEL
ORTIZ MILLAN PILAR
ABAS VILA VICTORIA
VALLES CASES SARA
TRALLERO GASCO NIEVES
ABAD CATALAN PILAR
ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha realizado un proyecto de realización de sangrías terapéuticas en Atención Primaria.
-Se ha realizado un poster y una presentación en pwp para ser impartido en los diferentes centros de salud del sector de Alcañiz.
-Se ha realizado un video explicativo del procedimiento para ser colgado en la intranet.
-Próximamente vamos a visitar los centros de salud y a difundir los materiales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado todo el material pero no se ha comenzado con la difusión en los centros, por lo que no hemos podido medir el indicador. Hemos medido el número de sangrías del año 2018 que han sido 58. A lo largo del 2019 veremos si nuestra intervención ha reducido el número de sangrías terapéuticas en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento la principal dificultad es la coordinación con Atención Primaria ya que la dispersión de los centros obliga a desplazamientos en horario de trabajo, lo que ha retrasado nuestro proyecto que concluirá con la implantación y medición de resultados en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1412 ===== ***

Nº de registro: 1412

Título
PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOTOMIAS

Autores:
ARENZANA GARCIA SARA, AYORA RUBIO RAQUEL, ORTIZ MILLAN PILAR, ABAS VILA VICTORIA, VALLES CASES SARA, TRALLERO GASCON NIEVES, ABAD CATALAN PILAR, ALCANIZ FERRER RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la calidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sangría terapéutica o flebotomía es un tratamiento médico encaminado a resolver diferentes enfermedades hematológicas. Es una técnica sencilla y segura realizada por personal de Enfermería y sobre dicho personal recae la responsabilidad de la vigilancia y el bienestar del paciente mientras dura el tratamiento, por todo ello es imprescindible contar con un procedimiento enfermero detallado en nuestra unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1412

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN SANGRIAS TERAPEUTICAS O FLEBOSTOMIA

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de un procedimiento enfermero para sangrías terapéuticas o flebotomías en el servicio de extracciones del Hospital de Alcañiz.
- Recomendaciones generales al paciente.

MÉTODO

Revisión bibliográfica y puesta en común para la realización de sangrías terapéuticas en nuestra unidad

INDICADORES

Realización del procedimiento enfermero en la realización de sangrías terapéuticas
Satisfacción del paciente/usuario y personal del servicio de extracciones

DURACIÓN

De septiembre a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1413

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL AYORA RUBIO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTIZ MILLAN PILAR
ARENZANA GARCIA SARA
ABAS VILA VICTORIA
VALLES CASES SARA
TRALLERO GASCO NIEVES
ABAD CATALAN PILAR
ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se ha realizado un procedimiento de cuidados de enfermería a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración en Atención Primaria
- Se ha realizado un póster y una presentación en pwp para ser impartido en los diferentes centros del sector
- Se ha realizado un vídeo explicativo del procedimiento para ser colgado en la intranet
- Próximamente vamos a visitar los centros de salud y a difundir los materiales

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha elaborado todo el material, pero no se han comenzado con la difusión en los centros. En el momento actual a ningún paciente se le están limpiando el catéter y heparinizando en atención primaria. A lo largo del 2019 monitorizaremos los pacientes a los que se les realiza la heparinización en su centro de salud, al margen de que podamos realizar esta actividad cuando vienen a las visitas en el hospital. (INDICADOR: % pacientes en los que se realiza limpieza y heparinización del catéter Hickman en Atención Primaria)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por el momento la principal dificultad es la coordinación con atención primaria ya que la dispersión de los centros obliga a desplazamientos en horario de trabajo, lo que ha retrasado nuestro proyecto que concluirá con la implantación y medición de resultados en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Autores:
AYORA RUBIO RAQUEL, ARENZANA GARCIA SARA, ORTIZ MILLAN PILAR, ABAS VILA VICTORIA, VALLES CASES SARA, TRALLERO GASCON NIEVES, ABAD CATALAN PILAR, ALCAÑIZ FERRER RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Informar al paciente/usuario y profesional enfermero sobre el mantenimiento adecuado de catéter Hickman

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1413

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO EN CUIDADOS DE ENFERMERIA A PACIENTES PORTADORES DE CATETER VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACION (HICKMAN)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de realización de un procedimiento estandarizado en cuidados enfermeros a pacientes portadores de catéter venoso central de larga duración (HICKMAN)

RESULTADOS ESPERADOS

Realización de procedimiento enfermero
Información del procedimiento al paciente/usuario
Información del procedimiento al personal de enfermería de atención primaria del Sector de Alcañiz

MÉTODO

Revisión bibliográfica y puesta en común para consensuar un procedimiento en nuestra unidad
Informar al personal de enfermería de atención primaria del sector de Alcañiz

INDICADORES

Realización del procedimiento enfermero

DURACIÓN

De Septiembre a Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ALFONSO CAY DIARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCARTIN GARCIA ESTRELLA
MARCO CANO JOSE LUIS
VILLARROYA MARTINEZ MARTA
MARTINEZ MOLINER ROCIO
SIMON PORTERO SARA
ZORRAQUINO PINA ESTEFANIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha desarrollado el protocolo de cáncer de mama y de citología cervicovaginal. Se han elaborado 42 procedimientos y 30 formatos bajo la supervisión de ICESA. Se ha contactado con los servicios implicados en la obtención y transporte de muestras y el resto de grupos de interés (cirugía, radiología y ginecología), para la revisión de los documentos que les afectan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido y documentado el proceso y se han elaborado los siguientes indicadores:

1.1. Indicadores desde Contrato de Gestión
1.1.1. Tiempo de respuesta / nº patólogos
1.1.2. Tiempo de respuesta / volumen
1.1.3. Tiempo de respuesta / nº TEAPs
1.1.4. Tiempo de respuesta en muestras de Acreditación
1.1.5. Volumen de muestras por patólogo1.2. Indicadores desde PatWin
1.2.1. Volumen de intraoperatorias
1.3. Indicadores desde Incidencias en PatWin
1.3.1. Incidencia en recepción por información inadecuada (PREANALÍTICA)
1.3.2. Incidencia en procesado por montaje inadecuado (ANALÍTICA)
1.3.3. Incidencia en elaboración de informes y archivo (POSTANALÍTICA).
1.3.4. Incidencias en almacén (SPORTE)
1.3.5. Incidencia en visualización de informes cerrados en Hª Clínica Electrónica (SOPORTE)1.4. Indicadores desde Calidad del diagnóstico e impacto sobre pacientes (PatWin)
1.4.1. Controles de Calidad Internos (Revisión de diagnósticos)1.4.2. Correlación de intraoperatoria - Pieza
1.4.3. HPV - Citología.
1.4.4. Biopsia - Pieza.
1.4.5. Citología / PAAF - Biopsia.
1.4.6. Control de calidad Externo (Intercomparativos)
1.4.7. Controles de calidad externa de técnicas IHQs y de calidad en diagnóstico en patología quirúrgica, citopatología y citología ginecológica de a SEAP.
En estos momentos estamos en fase de implementación tras lo que vamos a comenzar con las primeras mediciones y finalmente pasaremos la auditoria de acreditación según norma ISO 15189 cuando establezca el Servicio Aragonés de Salud. El objetivo final del proyecto, es decir, la acreditación de la prueba se conseguirá en este momento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actitud del equipo es de total implicación consiguiendo la implantación de los procedimientos así como la cumplimentación de registros imprescindibles para conseguir la trazabilidad y la calidad de los procesos .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL

CAY DIARTE ALFONSO, SIMON PORTERO SARA, ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA, MARCO CANO JOSE LUIS, VILLARROYA MARTINEZ MARTA, MARTINEZ MOLINER ROCIO, ARIAS MUÑOZ VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo. En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con otros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

MÉTODO

Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento. Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología. En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibilidad nuestro servicio.

INDICADORES

Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

DURACIÓN

Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendientes de reunión con la entidad de apoyo ICSA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ALFONSO CAY DIARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZORRAQUINO PINA ESTEFANIA
SIMON PORTERO SARA
ESCARTIN GARCIA ESTRELLA
MARCO CANO JOSE LUIS
VILLARROYA MARTINEZ MARTA
MARTINEZ MOLINER ROCIO
ARIAS MUNOZ VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha asistido a distintas actividades de formación impartidas por ICSA.
- Se han elaborado 29 procedimientos y formatos de Nivel II y III.
- Se ha dado difusión a través de Intranet Salud Aragón
- Se ha realizado una Auditoría interna y una Externa (ENAC).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfactorios ya que se ha conseguido la acreditación ENAC según la Norma 15189

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El equipo considerará que se ha conseguido una mejora en la estandarización y homogeneización, control de calidad de los resultados y aseguramiento de la mejora de estos mediante la participación en controles de calidad externos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA Y DE LA CITOLOGIA CERVICOVAGINAL CANCER DE MAMA

Autores:
CAY DIARTE ALFONSO, SIMON PORTERO SARA, ESCARTIN GARCIA MARIA ESTRELLA, MARCO CANO JOSE LUIS, VILLARROYA MARTINEZ MARTA, MARTINEZ MOLINER ROCIO, ARIAS MUÑOZ VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad del Servicio de A. Patológica de recuperar la acreditación según la norma ISO 15189 ya alcanzada con anterioridad en citología cervicovaginal y citología genera y suspendida por falta de personal facultativo. En principio se va a aprovechar el apoyo de ICSA dentro del contrato realizado por la central de compras con Agilent, para intentar acreditar el cáncer de mama y la citología cervicovaginal, en paralelo con ptros laboratorios de A. Patológica del Servicio Aragonés de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0356

1. TÍTULO

ACREDITACION SEGUN LA NORMA UNE EN ISO 15189 DE LA PATOLOGIA MAMARIA

Se espera conseguir la trazabilidad y calidad en los alcances a acreditar con el fin proporcionar a los clínicos la información necesaria para aplicar el tratamiento más adecuado y una valoración pronóstica y predictiva.

MÉTODO

Contacto personal con los servicios implicados en la obtención y transporte de las muestras así como con aquellos que aunque no están directamente relacionados con la obtención de las muestras, sí que los están con el tratamiento.

Para ello es fundamental la participación activa en el Comité de Cáncer de Mama y con el Servicio de Ginecología y Microbiología.

En principio los recursos utilizados tanto personales como materiales serán los que ya dispone nuestro Servicio con la posibilidad nuestro servicio.

INDICADORES

Los indicadores están pendientes de evaluación y serán los mismos que se planteen para el resto de Servicios del Salud.

DURACIÓN

Todavía no hay una fecha prevista para el inicio y finalización del proyecto. Pendientes de reunión con la entidad de apoyo ICESA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0032

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA MARIN ABAD
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
FORNIES GIMENEZ BEATRIZ
JUDEZ LEGASTIRI DIEGO
ESPINOSA CASTELLS RUT
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH
GASCON POLO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo se puso en marcha en Junio de 2016 en colaboración con el servicio de Traumatología y Hematología y se ha aplicado a todos los pacientes sometidos a PTR, PTC y Fx de cadera que no presentaban ningún criterio de exclusión. Se ha administrado 3g de ácido tranexámico, de manera tópica y no se ha documentado ninguna complicación trombótica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos hecho una pequeña comparativa de 31 casos. Grupo A= 16 SIN PROTOCOLO TRANEXÁMICO (PTR del mes de Abril y Mayo de 2016). GRUPO B= 14 APLICACIÓN DEL PROTOCOLO TRANEXÁMICO (PTR del mes de Abril de 2017)
Han sido casos consecutivos y no ha habido aleatorización. Tampoco hemos podido documentar en la comparativa los sangrados ya que previamente a la implantación de este protocolo no había un registro del sangrado total de los pacientes. Aunque sí que se ha evidenciado una disminución muy significativa en la transfusión de concentrados de hemáties y debido al menor sangrado se han dejado de utilizar los autotransfusores.
Nº de concentrados transfundidos En el grupo A= 0.75
En el grupo B= .1428571
Pacientes transfundidos En el grupo A=.4375
En el grupo B=.0714286

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos observar una disminución de los ratios de transfusión alogénica de 43,75% vs 7% así como de la transfusión autóloga ya que hemos dejado de usar los autotransfusores. Realizando un análisis de las medidas de asociación podemos ver que la razón de proporciones (PR) nos indica que la probabilidad de ser trasfundido es 6,125 veces superior en el grupo de los que no estuvieron expuestos al protocolo tranexámico. La razón de odds indica que la odds de ser transfundido en el grupo de No tranexámico se multiplica por 10.11. Estamos obteniendo resultados concordantes con los resultados obtenidos en estudios experimentales y con nuestras expectativas al implantar el protocolo.

Como actividad pendiente mantenemos la hoja de control de los pacientes sometidos a protocolo tranexámico, con la monitorización del sangrado y el registro de complicaciones con la posibilidad de adaptar la dosis a nuevas evidencias científicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/32 ===== ***

Nº de registro: 0032

Título
PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DEL ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA, PROTESIS PARCIAL DE CADERA Y FRACTURA DE CADERA

Autores:
MARIN ABAD TERESA, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, JUDEZ LEGASTIRI DIEGO, GASCON POLO MARIA PILAR, MARCOS GARCIA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0032

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA UTILIZACION DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA, PROTESIS TOTAL DE RODILLA Y FRACTURA DE CADERA

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

PROBLEMA

La cirugía mayor traumatológica incluye procedimientos que acarrearán pérdidas sanguíneas importantes y una alta probabilidad de transfusión de sangre alogénica. El riesgo de sufrir una complicación relacionada con una transfusión va desde la fiebre (1/100) a una complicación grave que llegue a poner en riesgo la vida del paciente (entorno 1/140000) según datos de la Sociedad Americana de Bancos de Sangre. Hasta este momento el único medio con el que se contaba en el Hospital Comarcal de Alcañiz para el ahorro de sangre alogénica era el recuperador de sangre. El recuperador de sangre ha resultado eficaz pero además de su alto costo cuenta con controversia en cuanto a su seguridad debido a la posibilidad de contaminación bacteriana y de las alteraciones hematológicas de la sangre recuperada. El ácido tranexámico reduce en un 38% la pérdida sanguínea. Los estudios, revisiones y meta-análisis no han conseguido demostrar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Reducción de la pérdida total de sangre en Cirugía Mayor Traumatológica
2. Reducción de la necesidad de transfusión de sangre alogénica
3. Reducción de las complicaciones asociadas a la transfusión
4. Mejorar la utilización de los recursos del Banco de Sangre
5. Utilización de un método de costo-efectividad demostrado.

MÉTODO

-Anestesia: detección del paciente APTO para el protocolo tanto en la consulta de Anestesia para cirugía programada como en los ingresados por Urgencias.
-Traumatología: inyección directa de ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Observación de los trigger trasfusionales
-Enfermería: control del sangrado postoperatorio
-Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

INDICADORES

Registro en la "Hoja de Enfermería Quirúrgica" y en la "Hoja de Analgesia Postoperatoria" del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Analgesia Postoperatoria" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 48hs. El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

DURACIÓN

Sin fecha límite. Este protocolo será modificado o quedará sin efecto según las nuevas evidencias o recomendaciones que guían nuestra práctica clínica.

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 - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE DIEGO JUDEZ LEGARISTI
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIN ABAD TERESA
CALDERON AGUIRRE PATRICIA EDITH
INFANTES MORALES MARTA EUGENIA
GASCON POLO PILAR
MONTON MILLAN ELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se elaboró una encuesta Informe del paciente (se adjunta)
- Se crea una base de datos con los resultados de la encuesta (se adjuntan resultados)
- Se realiza un primer análisis de la encuesta tras 10 meses de ponerla en marcha
- Tras un primer análisis se deciden medidas que afectan no solo a los resultados obtenidos sino también a la encuesta en sí misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1) Disponibilidad de la encuesta Febrero de 2017
- 2) Creación de la base de datos Noviembre de 2017
- 3) % de pacientes encuestados entre el total de tratados por dolor agudo 159 x 100 / 281= 56,58%
- 4) % de pacientes satisfechos o muy satisfechos La encuesta no recoge la pregunta sobre el grado de satisfacción. No se puede obtener el indicador salvo por parámetros indirectos
- 5) Memoria anual El primer análisis constituye en sí mismo una memoria anual. Al tiempo de entrega de este proyecto quedaría por analizar el mes de Enero y 20 días de Febrero de 2018 para completar un año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- 1) En su origen la encuesta surge para medir grado de satisfacción del paciente pero al no reunir las condiciones de tales tipos de encuestas (principalmente por el hecho de no ser anónima, estar incluida en la hoja de registro de la actuación anestésica y ser formulada por el personal de enfermería que visita al paciente) fue transformada en una encuesta informe que pretendía medir la calidad del servicio ofrecido.
- 2) Existe un elevado porcentaje de encuestas no realizadas por enfermería no justificadas adecuadamente ya que la toma de datos a pie de cama sobre el dolor están hechas y por lo tanto la visita se ha efectuado. (43,42%)
- 3) Del análisis de las preguntas realizadas podemos inferir que, en algunos casos, no hay coincidencia entre el EVA que figura en el control registrado por enfermería y el dolor que el paciente dice que ha tenido en la encuesta (Preg. 6)
- 4) Existen tres preguntas relacionadas entre sí (Preg. 3/4 y 3/5) que presentan un alto grado de No Contesta (25,8% en la 4 y 39% en la 5) y una falta de relación cuando son respondidas. Creemos que esas preguntas no son fácilmente entendibles y algo confusas sumado al poco tiempo que tienen los pacientes para pensarlas cuando la enfermera se las realiza. Teniendo en cuenta estos porcentajes de NC la atención en la planta parece ser satisfactoria ya que el 68,3% de los pacientes fueron atendidos adecuadamente cuando tuvieron dolor y el 56,2% lo fueron cuando presentaron vómitos
- 5) No podemos extraer una conclusión exacta del dolor que en realidad ha tenido el paciente ya que la pregunta que hace referencia a esto contiene una opción poco medible que es " Lo que me esperaba" ¿Qué significa lo que me esperaba? Teniendo en cuenta que la mayoría de nuestra población en estudio proceden de los pueblos es verdad que llevan la idea de que "es normal pasar dolor" por lo tanto podría ser que no hayamos cubierto bien el dolor. Un porcentaje no menos importante de pacientes han tenido mayor dolor de lo que esperaban (18,8%) por lo tanto entre los pacientes que tuvieron el dolor que se esperaban y los que tuvieron menos dolor de lo que esperaban (Preg. 6) podemos inferir que en general la actuación del servicio de anestesia sobre el control del dolor es positiva (77.9%)
- 6) Con respecto al análisis de si el paciente se volvería a operar en este hospital (Preg. 7) hay que tener en cuenta que estos pacientes son "cautivos" de este hospital y aunque un 18,8% de ellos tuvieron más dolor de lo que esperaban hay muchos otros factores que rodean al acto quirúrgico como son otros facultativos actuantes y el servicio de hostelería en la planta, que influyen en la respuesta. Sólo un 1,2% no se volvería a operar en este hospital.
- 7) En lo que respecta a la información recibida por el paciente (Preg 1 y 2) en su mayoría los pacientes refieren estar informados. (94% y 96,2%)

Actividades pendientes

- 1) Elaborar una encuesta de satisfacción que reúna las condiciones de tal para obtener resultados que realmente midan la correcta o incorrecta actividad del servicio de dolor agudo postoperatorio, que sea entregada a los pacientes al alta de reanimación y sea retirada por enfermería el último día de control.
- 2) La encuesta se realizaría de forma discontinua cumpliendo un periodo intermitente semestral o anual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

- 3) Animar al paciente y familiares a responder la encuesta y crear una manera de ser recogida garantizando su anonimato.
- 4) Analizar los resultados en el servicio y corregir técnicas o procedimientos si es necesario
- 5) Reunión con la supervisora y encargado de calidad para subsanar el bajo porcentaje de encuestas realizadas por el personal de enfermería. Corregir fallos tendientes a homogeneizar los criterios a la hora de registrar el EVA de los pacientes
- 6) Trasladar a las supervisoras de las plantas los resultados que afectan a la actuación de enfermería
- 7) Modificar la hoja de analgesia en su cara posterior, eliminando la encuesta actual

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/811 ===== ***

Nº de registro: 0811

Título
ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POSTOPERATORIO

Autores:
JUDEZ LEGARISTI DIEGO, MARIN ABAD TERESA, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, INFANTES MORALES MARTA, FORNIES GIMENEZ BEATRIZ, ESPINOSA CASTELS RUT, GASCON POLO MARIA PILAR, MARCOS GARCIA IVAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes operados controlados por la Unidad de Dolor Agudo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El bloque quirúrgico de nuestro hospital tiene establecido una sistemática de gestión por procesos. Dentro de este esquema echamos de menos en los subprocesos del post operatorio inmediato y de analgesia post operatoria una evaluación del dolor post-operatorio en aquellas cirugías que se considera pueden beneficiarse de técnicas locorreregionales o pautas analgésicas propias. Actualmente, estas cirugías en las que el servicio de Anestesiología realiza técnicas locorreregionales para control del dolor postoperatorio o pauta tratamientos propios, son monitorizadas por el servicio, recogiendo datos sobre el nivel de dolor, presencia de náuseas o vómitos, grado de sedación, necesidad de rescates, etc. pero no se recoge el grado de satisfacción percibida por los pacientes. Por ello, desde el servicio surge la necesidad de implantar una encuesta de satisfacción del seguimiento del dolor postoperatorio para mejorar la calidad de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido y una vez conocido, actuar en función de los resultados para intentar mejorar la asistencia prestada.

MÉTODO

- Elaboración de una encuesta de satisfacción que contemple una serie de ítems que permita recoger el grado de satisfacción de los pacientes.
- Creación de una base de datos con los ítems de la encuesta.
- Análisis periódico de la encuesta y obtención de resultados.
- Puesta en común de los resultados para la implantación de medidas correctoras en caso de ser necesarias.

INDICADORES

1. Disponibilidad de la encuesta.
2. Creación de la base de datos.
3. Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio encuestados x 100 / Nº de pacientes con seguimiento del tratamiento del dolor postoperatorio.
4. % de pacientes satisfechos o muy satisfechos en cada ítem de la encuesta
5. Memoria anual con análisis de los resultados obtenidos y propuestas de mejora.

DURACIÓN

- Creación del grupo de trabajo: Octubre 2016

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0811

1. TÍTULO

ENCUESTA DE SATISFACCION CONTROL DEL DOLOR POST OPERATORIO

- Creación de encuesta: Octubre 2016
- Creación de base de datos: Octubre 2016
- Fecha de inicio de recogida de datos: Desde noviembre de 2016
- Introducción de los datos de la encuesta en la base de datos: Desde noviembre de 2016
- Análisis y evaluación anual de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

```
-----  
MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN .....: 3 Bastante  
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN .....: 2 Poco  
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS .....: 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 - 2016/1562

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONO LAMARCA MARIA TERESA
TURON ALCAINE JOSE MARIA
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha constituido el equipo de trabajo, estableciendo un responsable del proceso. Se ha establecido el proceso de cirugía ambulatoria, que incluye tres subprocesos: preoperatorio, operatorio y ambulatorio. El proceso depende del bloque quirúrgico e incluye la creación de una consulta de enfermería de CMA, que se pasa el mismo día de la consulta de evaluación anestésica, la llamada de la consulta de enfermería 24 horas antes de la intervención y post-intervención, la definición de una sala de adaptación al medio próxima al quirófano, definición de criterios "fast track", criterios de alta de Chung y tras bloqueo periférico. Se ha definido un procedimiento operativo de la sala de adaptación al medio, una instrucción técnica de atención preoperatoria y otra con criterios de actuación ante signos de alarma en domicilio en el paciente intervenido para tomar decisiones con las llamadas que se produzcan fuera del horario presencial de la unidad. Se incluyen 9 formatos de registro específico. Se han recogido instrucciones específicas de todas las intervenciones que se realizan de forma ambulatoria en el Hospital de Alcañiz en todos los servicios (se van a disponer en la consulta de enfermería de cirugía ambulatoria). Todo está dispuesto excepto la estructura, ya que la construcción de la sala de readaptación al medio se ha retrasado, aunque se espera que esté disponible en Febrero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No disponemos de ellos porque no se ha implementado en relación con la falta de la sala de readaptación al medio. Por ello la implementación del proceso y la medición de los resultados se implementará a lo largo de 2019. En los años siguientes el objetivo será incrementar el número de intervenciones que se realizan por CMA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De entrada se ha establecido unos documentos de retraso que resuelven el problema principal: la ausencia de responsable de la unidad de cirugía ambulatoria. La ubicación de un espacio específico próximo al quirófano y la dotación de personal específico ya son una realidad y esperamos que pueda comenzar a implementarse en breve.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1562 ===== ***

Nº de registro: 1562

Título
PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Autores:
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC, LARA GARRIDO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INTERVENCIONES DE CIRUGIA AMULATORIA
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1562

1. TÍTULO

PROCESO DE CIRUGIA AMBULATORIA

Hace dos años intentamos establecer y documentar un proceso de cirugía ambulatoria pero desistimos dado que al comparar lo que se hacía con los estándares del ministerio se consideraba que había que hacer un rediseño radical:

- Los pacientes tras la intervención suben a una habitación estándar de planta donde no hay observación directa, y se encuentran distribuidos por todas las plantas
- No está establecido ningún responsable de unidad. Cuando se produce una incidencia se acaba llamando al internista de guardia
- No se realiza la llamada post intervención a los pacientes intervenidos

En estas condiciones resulta imprudente seguir apostando por incrementar el número de procesos con indicación de cirugía ambulatoria en nuestro sector

RESULTADOS ESPERADOS

- Garantizar la seguridad de los pacientes intervenidos en CMA mediante el establecimiento de un proceso de cirugía mayor ambulatoria acorde con los estándares del ministerio.
- Incrementar la tasa de sustitución de CMA en nuestro hospital

MÉTODO

Proponemos crear una unidad de cirugía ambulatoria. Queremos documentar, implementar y medir un proceso compuesto de los subprocesos preoperatorio, operatorio, post operatorio precoz y ambulatorio.

- La evaluación preoperatoria se llevará a cabo en la consulta de cirugía y anestesia, desarrollando un cuerpo documental de información e instrucciones para el paciente, genérico y por intervención, que actualmente no existe.

- El subproceso post operatorio se realizará en una unidad de cirugía sin ingreso en la que se desarrolle la monitorización de los pacientes de forma permanente por enfermería (actualmente los pacientes se quedan en habitaciones estándar con sus familiares sin supervisión directa del personal sanitario). Además el médico responsable (anestesista) estará permanentemente localizado y en la misma planta (lo que no siempre ocurre ahora)

- El subproceso ambulatorio (incluida la llamada del día anterior a la intervención) se desarrollará por las enfermeras de la unidad de cirugía sin ingreso .
Dicho proceso tendrá un responsable de Unidad (un anestesista) y un equipo de proceso multidisciplinar cuya misión será evaluar y mejorar el proceso.

INDICADORES

Disponibilidad física de unidad de cirugía ambulatoria (SÍ, NO).

Normalización del proceso de cirugía ambulatoria, disponible en la intranet del hospital) (SI,NO)

DURACIÓN

Junio-Septiembre: Acuerdos con las unidades correspondientes

Octubre: acondicionamiento de la unidad

Noviembre-Diciembre: Normalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA CALDERON AGUIRRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBENDEA CALLEJAS CARLOS
MURILLO PINA RAQUEL
MONTON MILLAN ELISA
CARLUCCIO MARIA CRISTINA
MARIN ABAD TERESA
GARAFULLA GARCIA JESUS
BONA GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

· Una vez fijados los objetivos a alcanzar por el Servicio de Anestesia y Reanimación con respecto a la realización de una práctica clínica perioperatoria segura amparada en la Medicina Basada en la evidencia se decide poner en funcionamiento en el hospital de Alcañiz los programas de recuperación intensificada para cirugía electiva de neoplasia colorrectal. Para ello y teniendo como referente al Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapia del dolor del Hospital Clínico Lozano Blesa, se decide adaptar el Proceso de Prehabilitación Anestésica en dichos programas a las condiciones presentes en el Hospital de Alcañiz.

Para ello se obtuvieron los Protocolos ya existentes basados en la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en cirugía abdominal (RICA) y los modelos para la evaluación y valoración del paciente en la consulta de anestesia. A partir de este momento se hace imprescindible implementar la consulta de prehabilitación debido al diferente abordaje que requieren estos pacientes.

· Se realiza una primera reunión con el Servicio de Cirugía para dar a conocer el proyecto de implementación del programa de Recuperación Intensificada a la vez que se solicita la participación de alguno de sus miembros en el mismo.

· Se realizan sucesivas reuniones con Endocrinología y los servicios de Rehabilitación y Salud mental para invitarlos a formar parte del proyecto, escuchar sus propuestas y definir las líneas de actuación.

· Se gestiona con el servicio de Farmacia el pedido de los batidos que serán prescritos a los pacientes para mejorar su estado nutricional previo y posterior a la cirugía y la forma en que se realizará su entrega

· Se involucra a servicio de Hematología para utilizar el programa de anemia perioperatoria para el tratamiento con hierro y epo en hospital de día el mismo día de la consulta a los pacientes portadores de anemia.

· Se solicita a Suministros el pedido a imprenta de los trípticos a color que se entregarán a cada paciente en la consulta con la información general de la prehabilitación y sus objetivos

· Se decide con la supervisora de consultas el día y hora de la misma determinándose que se realizará los días lunes a las 12,00hs

· Se gestiona el material necesario que será utilizado en la consulta: tallímetro, báscula, tensiómetro, cronómetro, papelería

· Se solicita al servicio de Mantenimiento el marcaje del suelo de los pasillos de consulta y de pruebas funcionales para la realización del test de los 6 minutos.

· Se solicita al servicio de Informática la colocación de los programas DPE y DPA en el ordenador de la consulta para la entrega de batidos y el envío a hospital de día a los pacientes que lo requieran.

· Se procede a realizar copias de todos los documentos que se utilizarán en la consulta (se adjuntan)

· Se da inicio a la consulta el día 12 de Noviembre de 2018. La misma se estructura de la siguiente manera:

1ra. Consulta: el paciente es derivado desde la consulta de cirugía cuando se decide la intervención

2da. Consulta: previa a la cirugía. La fecha de realización la decide el anestesista en la primera consulta según la fecha probable de cirugía o a la semana siguiente de la primera si no se conoce dicha fecha

3ra. Consulta: El paciente en la primera consulta recibe un P10 en donde se solicita pedir nueva cita a anestesia 30 días posteriores al alta quirúrgica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento se han visto en la consulta 11 pacientes de los cuales 6 han completado la prehabilitación. Estas cifras bajas en realidad se deben al poco tiempo que lleva desarrollado el proyecto sumado a un hecho no previsto que fueron los tres lunes festivos acaecidos en el mes de diciembre de 2018 y que obligaron a ver pacientes fuera del circuito, como así también no poder realizar la 2da consulta a los pacientes que ya habían sido vistos.

Este inconveniente descrito en el apartado anterior será un tema a resolver positivamente cuando se presente una situación similar.

Los resultados finales de este proyecto al cabo de un año de su recorrido serán presentados en la memoria de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La falta de motivación aunada a la resistencia al cambio son obstáculos que impiden el avance y promueven el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

estancamiento en las viejas concepciones y prácticas.

Con este proyecto se ha podido observar que cuando se ofrece tanto al personal involucrado como al mismo paciente nuevas opciones de trabajo y de terapias, éstas son bien recibidas.

Queda aún conseguir una mejor complementación entre los facultativos de las diferentes especialidades intervinientes debido al poco tiempo que lleva implementada esta consulta

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/265 ===== ***

Nº de registro: 0265

Título
IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

Autores:
CALDERON AGUIRRE PATRICIA, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, MURILLO PINA RAQUEL, MONTON MILLAN ELISA, CARLUCCIO CRISTINA, MARIN ABAD TERESA, GARAFULLA GARCIA JESUS, GRAÑENA MUNIENTE EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Programas de Rehabilitación Multimodal/Recuperación Intensificada incluyen medidas y estrategias aplicadas a los períodos preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio de la cirugía abdominal electiva. En la actualidad la valoración preanestésica del paciente con neoplasia de colon no se diferencia de la valoración habitual para cualquier otro tipo de cirugía mayor.

Esta nueva modalidad, surgida en el año 2000 con el cirujano Henrik Kehlet y justificada a lo largo del tiempo por la evidencia científica, otorga al Anestesiólogo una importancia relevante en la valoración de la capacidad funcional, el estado nutricional y el estado cognitivo previos (prehabilitación trimodal) del paciente, actuando sobre ellos con la colaboración de los facultativos que corresponda y con la finalidad de llegar en un estado óptimo a la cirugía.

La importancia del proyecto radica en conformar previamente con las especialidades involucradas (endocrinología-salud mental-rehabilitación-cirugía y enfermería) un grupo multidisciplinario, no existente hasta el momento, para la implantación de la Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (Vía RICA) a la altura de las características de nuestro hospital

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar la Consulta de Prehabilitación Anestésica para pacientes adultos que van a ser intervenidos de neoplasia colorrectal en modo electivo
- Conseguir una mayor optimización preoperatoria
- Disminuir las complicaciones postoperatorias
- Reducir la estancia hospitalaria
- Mejorar la morbilidad y mortalidad
- Conseguir que el paciente y su familia se impliquen desde el momento del diagnóstico en este proceso

MÉTODO

- Reuniones previas con los servicios involucrados: endocrinología, salud mental, rehabilitación y enfermería
- Reuniones con servicio de Farmacia y Dirección para la prescripción de suplementos nutricionales
- Solicitar a Dirección Médica, Dirección de Enfermería y Gerencia un espacio físico y enfermería para la nueva consulta
- Una vez obtenida la indicación quirúrgica los pacientes serán vistos en la consulta donde se les realizará la valoración preanestésica habitual, así como una evaluación de su capacidad funcional (test de la marcha de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0265

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA CONSULTA DE PREHABILITACION DENTRO DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION MULTIMODAL PARA CIRUGIA ELECTIVA DE NEOPLASIA COLORRECTAL

- los 6 minutos-6MWT), su estado nutricional (instrumento de cribado MUST) y su estado cognitivo (escala HADS)
- e) Tras esa valoración se realizarán indicaciones tales como: ejercicios aeróbicos adaptados a su situación funcional y socio-familiar, complementos nutricionales específicos y apoyo psicológico
 - f) Se realizará una segunda consulta previa a la cirugía para evaluar la mejoría obtenida y remarcar las pautas a seguir hasta la intervención
 - g) Un mes posterior a la cirugía se verá nuevamente al paciente para valorar el grado de recuperación postoperatoria
 - h) Se creará una base de datos con el fin de registrar los pacientes valorados en la consulta y recogerlos para estudio
 - i) se evaluarán los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos

INDICADORES

- 1) Porcentaje de pacientes vistos en la consulta de Prehabilitación:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva
Fuente: Historia clínica
Estándar: 70%
- 2) Porcentaje de pacientes vistos en consulta de Prehabilitación como parte de la vía RICA:
pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva vistos en consulta de Prehabilitación*100/total de pacientes intervenidos de neoplasia colorrectal electiva que cumplen todos los criterios de la Vía RICA
Fuente: Historia Clínica
Estándar: 60%
- 3) Capacidad funcional: distancia recorrida en metros en el 6MWT en tres momentos perioperatorios (M0:basal, M1:previa a cirugía, M2: al mes de cirugía)
b-a: b distancia recorrida en M1; a distancia recorrida en M0
c-a: c distancia recorrida en M2 ; a distancia recorrida en M0
Fuente: base de datos creada para tal fin
Estándar: distancia recorrida en M1 20-40 metros superior a la distancia recorrida en M0 y distancia recorrida en M2 10-20 metros superior a M0
- 4) estancia media hospitalaria: Ingreso hospitalario en días
Fuente: Historia Clínica
Estándar: reducción de la estancia media en 1-2 días

DURACIÓN

- + Duración del proyecto: 1 de Abril de 2018 a 1 de Abril de 2019
- + Durante los meses de Abril y Mayo se llevarán a cabo todas las reuniones previstas en el punto 6. +Dejar establecido el material informativo que se manejará y/o entregará en la consulta.+Establecer lugar y horario de la consulta.+Acordar el gasto/consumo de los suplementos nutricionales con farmacia y Gestión.
- + A partir de Junio si las acciones preliminares están resueltas se comenzará con la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CRISTINA CARLUCCIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARAFULLA GARCIA JESUS
CALDERON AGUIRRE PATRICIA
MONTON MILLAN ELISA
GRAÑENA MUNIENTE EMILIO
BONA GRACIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro Sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres embarazadas de nuestro Sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el parto y así explicar los riesgos y beneficios de la técnica y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado en varios idiomas que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología. Durante los meses de abril-mayo 2018 se realizaron:

Carta y correo informativo a las matronas del hospital y de los principales centros de Salud de la Comarca: (Anexo I) como Alcañiz e Híjar, Caspe y Maella, Andorra, Alcorisa y Muniesa, Valderrobres, Calanda y a las matronas de la consulta de Ginecología.

Información escrita a los Ginecólogos de le la finalidad del proyecto de mejora insistiendo en su colaboración y explicando los riesgos de analgesia epidural y ofreciendo respuesta para eventuales dudas que pudieran surgir en la consulta de Ginecología.

Realización de un díptico explicativo para repartir a las gestantes a partir de la semana 20 (Anexo II)

Realización de una Lámina (Anexo III) para anunciar las reuniones explicativas para colgar en la consulta de las matronas de los varios Centros de Salud.

Obtención sala de reuniones en el centro de salud viejo de Alcañiz 3ª planta

- Sala de actos para implementación reuniones informativas a las mujeres embarazadas
- Proyector y material audiovisual para la realización de las sesiones informativas
- Consentimiento informado para analgesia epidural en varios idiomas para entregar a las mujeres gestantes
- Registro de asistencia para apuntar el número de pacientes que asisten a cada sesión

A partir del mes de Noviembre 2018 se realizaron las reuniones informativas a las mujeres embarazadas con una cadencia quincenal hasta la fecha actual y siguiendo una programación anual para cubrir todo el año 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que el proyecto está recién iniciado y continuará en 2019, solo podemos presentar un resultado parcial del 1er. indicador de asistencia que asciende a 38 mujeres embarazadas que acudieron a las reuniones informativas para la analgesia epidural realizadas desde el mes de Noviembre de 2018 hasta el mes Febrero de 2019. Asimismo, y por la misma razón el 2do. indicador (ratio entre mujeres que asistieron a las reuniones/mujeres que solicitaron la epidural) será presentado en su totalidad en la siguiente memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto de mejora elaborado por parte de nuestro Servicio ha sido sin duda de vital importancia y constituye un gran cambio en la información exhaustiva que hemos podido ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro Sector sobre la técnica analgésica de excelencia para el tratamiento del dolor durante el trabajo de parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

De esta forma las mujeres han podido recibir toda la información necesaria para entender la técnica, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que han surgido durante estas reuniones informativas. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se han podido llevar a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas que han podido firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto intentando mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el trabajo de parto y alcanzando una mayor atención integral a las mujeres gestantes de nuestro Sector. Es nuestra recomendación seguir en esta línea de mejora y potenciar este proyecto con el fin de mejorar nuestro trabajo y aumentar la satisfacción de las pacientes atendidas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/374 ===== ***

Nº de registro: 0374

Título
IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

Autores:
CARLUCCIO CRISTINA, GARAFULLA GARCIA JESUS, CALDERON AGUIRRE PATRICIA, MARIN ABAD TERESA, MONTON MILLAN ELISA, GRAÑENA MUNIENTE EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La analgesia epidural constituye sin duda hoy en día la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto. Las pacientes embarazadas de nuestro sector reciben una información genérica sobre la analgesia epidural en atención primaria por parte de las matronas. El consentimiento informado para la analgesia epidural se suele entregar a las pacientes gestantes en la semana 35 en la consulta de Ginecología, sin poderle explicar exhaustivamente la técnica por parte de un Anestesiólogo y así aclarar los riesgos, beneficios y eventuales dudas. La obtención del consentimiento informado firmado (válido para la realización de dicha técnica), se obtiene actualmente en la sala de dilatación, en condiciones de sufrimiento y poca receptividad por parte de las mujeres. Además la presencia de una población multiétnica en nuestro sector nos hace cada vez más dificultosa la comunicación con las pacientes necesitando la traducción de dicho consentimiento en el momento de la realización de la técnica. La importancia del proyecto se basa en la posibilidad de ofrecer a las mujeres gestantes de nuestro sector de acudir a reuniones informativas sobre la técnica de analgesia epidural para el trabajo de parto, así explicar los riesgos y beneficios de la técnica, y poder contestar las dudas y preguntas que puedan surgir antes de firmar el consentimiento informado que será entregado por parte de un Especialista en Anestesiología.

RESULTADOS ESPERADOS
Dada la imposibilidad de poder citar a todas las mujeres gestantes en la consulta de Anestesia se van a realizar unas reuniones informativas periódicas, cada 15 días, para que las pacientes puedan asistir de forma grupal. De esta forma podrán recibir toda la información necesaria para entender la técnica de analgesia epidural, sus riesgos y beneficios, y poder expresar las dudas y preguntas que puedan surgir sobre ella. Al finalizar una proyección audiovisual y responder a todas las preguntas y dudas, las pacientes embarazadas e interesadas en recibir esta técnica, se llevarán a su domicilio el consentimiento escrito de analgesia epidural redactado en varios idiomas, que podrán firmar con el tiempo suficiente para reflexionar sobre la técnica. Todo esto con el fin de mejorar la calidad de la información de la analgesia epidural para el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0374

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE REUNIONES INFORMATIVAS DE ANALGESIA EPIDURAL PARA EL PARTO Y OBTENCION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE ATENCION INTEGRAL A LA GESTANTE

trabajo de parto y la atención a las mujeres gestantes de nuestro Sector.

MÉTODO

- Reuniones informativas sobre analgesia epidural de forma periódica (quincenales - mensuales)
- Explicación por parte de un Especialista en Anestesia de la técnica, beneficios y riesgos
- Resolución de dudas y temores
- Proporcionar Consentimiento Informado comprensible anticipadamente al trabajo de parto

INDICADORES

- Número de pacientes que asistirán a las sesiones informativas sobre la analgesia epidural
- Ratio entre las mujeres embarazadas que acuden a las reuniones informativas y que solicitan la analgesia epidural/ total de mujeres embarazadas que solicitan analgesia epidural

DURACIÓN

- Abril 2018- Abril 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL MURILLO PINA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALBENDEA CALLEJAS CARLOS
GASCON FERRER ISABEL
ALMEIDA PONCE HELEN
VERDES SANZ GUAYENTE
BOSQUE LUNA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El principal objetivo del proyecto es implementar la Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA) en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva en nuestro hospital.

En los meses iniciales del proyecto, iniciado en mayo de 2018, se llevaron a cabo reuniones desde el Servicio de Anestesia con otros Servicios involucrados en el mismo (Cirugía General, Endocrinología, Rehabilitación, Salud Mental, Enfermería) con varios fines:

1. Crear de una base de datos relativa al proyecto.

Se ha creado una base de datos en la que se han recogido datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva en los 6 meses previos al inicio de la consulta de prehabilitación (de mayo a octubre de 2018) con un total de 24 pacientes, y datos prospectivos a partir del inicio de la misma (desde noviembre de 2018), con un total de 6 pacientes hasta la fecha. Se irán añadiendo datos de nuevos pacientes hasta mayo de 2019, completando así los 12 meses del proyecto.

2. Poner en común y revisar los protocolos diseñados por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) para cirugía mayor abdominal electiva así como la Vía RICA y sus recomendaciones.

En todos los pacientes intervenidos de cirugía colorrectal electiva en nuestro hospital se siguen los protocolos de cirugía "Fast-track" aprobados por el GERM.
Al revisar el cumplimiento de los 95 ítems de la Vía RICA en los pacientes intervenidos de mayo a octubre de 2018, 12 recomendaciones no se cumplieron en ningún paciente (números 3, 4, 13, 15, 17, 19, 28, 60, 61, 85, 86, 87). Con los datos completos de los pacientes intervenidos a partir de noviembre de 2018 (incluidos en el programa de prehabilitación), se revisará el grado de cumplimiento de la Vía RICA y se comparará con el grupo previo de pacientes.

3. Integrar un equipo multidisciplinar de profesionales que forme parte del proyecto IMPRICA.

En este momento el equipo está formado y a la espera de recibir indicaciones por parte del GERM para iniciar un curso de formación.

4. Elaborar un protocolo específico para la creación de la consulta de Prehabilitación.

Se ha elaborado el protocolo con la ayuda de los diferentes Servicios involucrados iniciándose la consulta en noviembre de 2018.

5. Controlar el dolor perioperatorio mediante estrategia multimodal y realizar un seguimiento de los pacientes a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP), supeditada al Servicio de Anestesia. La mayoría de los pacientes intervenidos, tanto antes como después del inicio de la consulta de prehabilitación, han sido controlados por la UDAP mediante una estrategia multimodal y siguiendo las recomendaciones de la Vía RICA.

6. Administrar fluidoterapia intraoperatoria mediante la monitorización del volumen sistólico o variación del volumen sistólico, con el sistema ClearSight
No hemos podido disponer de dicho dispositivo pero si se ha realizado una fluidoterapia guiada por objetivos mediante algoritmos validados y recomendados en la Vía RICA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que a fecha de febrero no disponemos de datos prospectivos referentes a 6 meses de proyecto, nuestro objetivo es continuar con la consulta de prehabilitación y la recogida de datos para una vez completados, proceder al análisis de los mismos y evaluar los resultados obtenidos en cada grupo de pacientes así como comparar ambos.

Estos resultados se presentarán en la memoria final de 2019.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración de protocolos y Vías Clínicas supone hoy en día una ayuda a los profesionales para llevar a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

cabó actuaciones y cuidados estandarizados, basados en la evidencia científica, que garanticen la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito sanitario.

En relación con el tema de este proyecto, la rehabilitación multimodal en la cirugía de cáncer colorrectal electiva, nuestro fin último es seguir trabajando como equipo multidisciplinar en la mayor colaboración posible para asegurar la implementación de los protocolos propuestos y el cumplimiento de todas las recomendaciones de la Vía RICA, consiguiendo así los mejores resultados para el paciente y una mayor eficiencia en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/392 ===== ***

Nº de registro: 0392

Título
IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

Autores:
MURILLO PINA RAQUEL, ALBENDEA CALLEJA CARLOS, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, VERDES SANZ GUAYENTE, BOSQUE LUNA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Rehabilitación Multimodal, también conocida como "Fast-track", es un nuevo enfoque de manejo y cuidado del paciente quirúrgico. Supone un conjunto de estrategias basadas en la evidencia científica y llevadas a cabo por un equipo multidisciplinar de profesionales (cirugía, endocrinología, rehabilitación, psicología, enfermería, etc.), diseñadas para que el paciente llegue a la cirugía en las mejores condiciones posibles, tenga el mejor tratamiento posible durante la misma y su recuperación posterior sea la más eficaz. En este sentido, se han desarrollado protocolos que contemplan cuidados pre-, peri- y post-operatorios. El Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM) ha desarrollado una Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (Vía RICA), al amparo del Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad. Esta Vía contiene 95 ítems de práctica segura basados en la evidencia cuyo fin supone la estandarización de los cuidados peri-operatorios en un intento de garantizar la práctica clínica mejor y más segura en el ámbito quirúrgico, la disminución de la variabilidad en la práctica, la consecución de la eficiencia y el ahorro de costes. Este nuevo enfoque, inicialmente implantado en la cirugía colorrectal, ha demostrado un impacto positivo significativo en la calidad asistencial con evidencia de una mejora en la experiencia y satisfacción del paciente, una disminución de complicaciones postoperatorias y una recuperación posterior precoz, con la consecuente reducción de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Implementar los protocolos propuestos por el GERM contenidos en la Vía RICA, en pacientes intervenidos de cáncer colorrectal de forma electiva.

Secundarios:

- Estandarizar los cuidados perioperatorios, sistematizando la práctica clínica segura basada en la evidencia: mejora de la optimización preoperatoria, fluidoterapia guiada por objetivos (FGO), analgesia multimodal, abordaje laparoscópico, movilización temprana.
- Fomentar la formación del personal sanitario implicado en los cuidados perioperatorios del paciente (planta y bloque quirúrgico).
- Mejorar los resultados postoperatorios: estancia hospitalaria y complicaciones postquirúrgicas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0392

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA VIA RICA (VIA CLINICA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA ABDOMINAL) EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CANCER COLORRECTAL DE FORMA ELECTIVA

-Formar parte del proyecto IMPRICA (plan de implementación nacional de la Vía RICA) propuesto por el GERM

MÉTODO

- a) Elaboración de protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA, adaptados a nuestro hospital.
- b) Creación de una consulta específica (consulta de prehabilitación) en la que se llevará a cabo una evaluación y optimización funcional, nutricional y cognitiva.
- c) Control del dolor mediante estrategia multimodal y seguimiento del paciente a través de la Unidad de Dolor Agudo Postoperatorio (UDAP).
- d) Administración de fluidoterapia mediante la monitorización del Volumen Sistólico o Variación de Volumen Sistólico con el sistema ClearSight®.
- e) Creación de una base de datos en la que se recogerán datos retrospectivos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal en los 6 meses previos al proyecto y datos prospectivos 6 meses después de iniciar el mismo.
- f) Evaluación de los resultados mediante el análisis de los indicadores establecidos.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes incluidos en la Vía. Numerador: pacientes intervenidos bajo la Vía RICA*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 60%. Fuente: Historia clínica y base de datos elaborada.
- Porcentaje de pacientes con dolor en la Escala Visual Analógica (EVA) de 0-4 en el postoperatorio inmediato, a las 24 y 48 h. Numerador: pacientes con dolor controlado*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar 70%. Fuente: Historia clínica, registro UDAP
- Porcentaje de pacientes con complicaciones postoperatorias según la clasificación Clavien-Dindo I-IV. Numerador: pacientes con complicaciones*100; denominador: total de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal electivo. Estándar: 30%. Fuente: Historia clínica.
- Estancia media hospitalaria en días. Numerador: número total de días de los egresos del periodo X; denominador: número total de egresos en el periodo X. Estándar: 5 días. Fuente: Historia clínica.

DURACIÓN

Duración: de Mayo de 2018 a mayo de 2019.

Durante los meses de mayo y junio se realizarán reuniones entre los Servicios involucrados en el proyecto, se elaborarán conjuntamente protocolos de cuidados perioperatorios derivados de la Vía RICA y adaptados a nuestro hospital, y se llevará a cabo la recogida de datos retrospectivos.

Una vez realizadas estas acciones se iniciará la implantación de los protocolos con la correspondiente recogida de datos prospectivos.

Los responsables serán el coordinador y los colaboradores conjuntamente con los demás profesionales que componen sus correspondientes Servicios.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0791

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA CLAVERO SORIANO

· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ATENCION AL PACIENTE
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Crear el procedimiento de acogida al personal de nueva incorporación al Servicio de Información y Atención al Usuario(en adelante SIAU) del Hospital de Alcañiz con el fin de orientarle en la dinámica de trabajo y organización del mismo.

2. Se ha recogido la información específica de dicho servicio que no está contemplada en los procedimientos de niveles superiores.

2. Hemos creado un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Este manual pretende ser una guía práctica en la que quedan reflejados los aspectos más importantes que debe conocer un nuevo trabajador del Hospital de Alcañiz en el SIAU, así como instrumento para facilitar su rápida integración en la organización del centro.

Esperamos que con el mismo se contribuya al enriquecimiento profesional y personal de todos los trabajadores de la unidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos ha parecido muy interesante poder añadir en el Manual, los pantalleros de las distintas aplicaciones informáticas, para que sea más sencillo su rápida visualización por parte de las enfermeras que trabajarán en dicho servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/791 ===== ***

Nº de registro: 0791

Título
MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

Autores:
CLAVERO SORIANO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente el Servicio de Atención e Información al Usuario, no dispone de Manual de acogida para el personal de nuevo ingreso en el servicio. Por lo que el personal de la Unidad, está constatemente en formación con personal de nueva contratación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear el Manual de Acogida al nuevo profesional de la Unidad.
2. Detallar los trámites que se llevan a cabo dentro del Servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0791

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA AL PERSONAL DEL SERVICIO DE ATENCION E INFORMACION AL USUARIO

- MÉTODO
1. Crear un Manual a lo largo del 2018, sobre la acogida al personal de nueva contratación de la Unidad.
 2. Crear un listado con los trámites de la Unidad y su desglose.

- INDICADORES
1. Realización del Manual de Acogida: si/no.

DURACIÓN
Anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1566

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN PABLO BRUNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ZAKARIYA YOUSEF BREVAL FATIMA
DELGADO PEREZ DOLORES
GRACIA MONTALAR PILAR
GIL MARTINEZ ISABEL
PALLARES LOMBART SILVIA
LAHOZ FOZ AURORA
ARNEDO CENTELLES SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han cambiado los equipos del laboratorio y la mayor parte de las instrucciones y procedimientos han sido redactadas. Se ha empezado a trabajar con estos equipos en el mes de Diciembre de 2018, por lo que solo podemos presentar resultados provisionales. Queda pendiente terminar los documentos que faltan, implementar la formación en los nuevos procedimientos y cambiar el sistema informático.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% PETICIONES CON PLAZO DE RESPUESTA SUPERIOR A 4 DÍAS. Período de evaluación Diciembre2017-Enero y Febrero de 2018 vs Diciembre 2018 y Enero y Febrero 2019.

	% > 4 DÍAS 2017	% > 4 días 2018	% > 4 días 2019
Diciembre	4.74	3.92	
Enero	3.87	1.93	
Febrero	1.91	0.55	

Consideramos que es muy pronto para evaluar el consumo de tubos que pretendíamos reducir, lo que planteamos para dentro de 6 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta la fecha hemos realizado la mayor parte de la documentación pero todavía estamos terminándola con vistas a tenerla concluida en la auditoria interna del mes de Abril, para que sea revalidada por la auditoria externa del mes de Mayo de 2019. Por el momento la introducción de los nuevos equipamientos se ha mostrado útil para reducir el tiempo de respuesta. Dentro de unos meses veremos si ha servido también para reducir costes en tubos de laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1566 ===== ***

Nº de registro: 1566

Título
OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Autores:
PABLO BRUNA MARIA CARMEN, SOLE LLOP ESTHER, REBOLLAR GONZALEZ SORAYA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1566

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DE RESPUESTA DEL LABORATORIO DE BIOQUIMICA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos 2 años venimos observando como nuestro indicador de tiempo de respuesta del laboratorio se está alargando, como consecuencia, fundamentalmente, del aumento de peticiones tanto de extracciones, como de pruebas de laboratorio de nuestros servicios clientes. Además, este aumento tiene como consecuencia el aumento de consumo de tubos de laboratorio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el tiempo de respuesta del laboratorio
- Reducir el consumo de tubos de extracción
- Facilitar el trabajo de las enfermeras de extracción

MÉTODO

Se va a proceder al cambio de equipos en el laboratorio, que permiten la reducción de tiempos, requieren de menos tubos de extracción, así como facilitan el alicuotado de las muestras para pruebas externas (que va a ser automatizado), la distribución de muestras y su archivo. Esto va a requerir cambiar todos los procedimientos del laboratorio relacionados con los equipos mencionados, así como implementar un plan de formación a los profesionales relacionados con ellos.

INDICADORES

- Tiempo de respuesta en analíticas inferior a 4 días
- Reducción en el consumo de tubos de extracción respecto a 2017
- Satisfacción del personal de extracciones
- Satisfacción del personal de laboratorio

DURACIÓN

Falta por concretar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ESTHER SOLE LLOP
· Profesión BIOLOGO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA CLINICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TOMAS BLASCO PILAR
ROYO MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó el plan de formación previsto tanto para personal del laboratorio como del servicio de urgencias del hospital. Se realizaron dos sesiones organizadas por las Supervisoras de enfermería del laboratorio y urgencias y a cargo de personal especialista de producto Vacutainer de Becton Dickinson. Se solicitó la acreditación de estas actividades a la comisión de docencia, pero al ser el profesor personal procedente de la industria, no se pudieron acreditar, por conflicto de intereses. Estas actividades quedan registradas en el impreso de formación de personal ISO del laboratorio. Se realizaron por turnos el 15/02 de 2017. Como resultado del curso, se estudió el material utilizado en las extracciones de Urgencias (y en general del Hospital) para ver si es adecuado. Se detectó falta de formación en la utilización de los sistemas Vacutainer por parte del personal de enfermería, y se procedió a elaborar unos carteles con fotografías e indicaciones de la mejor forma de utilizar el material para evitar las hemólisis. Se repartieron en los diferentes boxes de urgencias y también se repartió personalmente a las asistentes al curso. Además se estudió la posibilidad de utilizar otro tipo de tubos de bajo vacío para urgencias, hospital de día de Oncología, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante al año 2016, antes de la formación se tenía un 25% de hemólisis en Urgencias, motivo por el que se puso en marcha este proyecto de mejora. Aunque se ha conseguido una disminución de las muestras hemolizadas, seguimos con unos niveles muy altos (aprox. 20%), comparados con las muestras de rutina (<5%). Consideramos que el descenso conseguido no es todavía adecuado. Respecto a los tubos de vacío, se emplearon para realizar la prueba, 125 tubos que nos proporcionó el proveedor (Becton Dickinson) y los resultados fueron muy satisfactorios, pasando a un 8% de muestras hemolizadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha resultado muy útil en la concienciación del personal sobre la necesidad de la formación continuada y de no dar por supuesto que se conoce bien la utilización de todo el material. Se ha detectado que esta falta de formación en el material de vacío para extracciones, no solo es un problema de personal sin experiencia. Se propone que es una formación que hay que darla periódicamente. Además las casas comerciales que nos suministran este material, se ofrecen habitualmente para realizar esta formación. Respecto a los tubos de bajo vacío, la propuesta sería comprar estos tubos para el servicio de urgencias. Se detecta que es un problema común a otros laboratorios del Salud, por lo que se pasará la propuesta al grupo de armonización de laboratorios para que como una medida consensuada se planteen en el Salud la necesidad de adquirir este material en una compra centralizada para todos los Hospitales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/660 ===== ***

Nº de registro: 0660

Título
PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Autores:
SOLE LLOP ESTHER, TOMAS BLASCO PILAR, ROYO MOLES MARIA ISABEL, TURON ALCAINE JOSE MARIA, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todos los pacientes con analíticas urgentes
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Un problema común que afecta la calidad de las muestras de laboratorio es la hemólisis que se produce ex vivo, como resultado de la obtención, manejo o almacenamiento inadecuados de las muestras de sangre. Las causas de hemólisis son múltiples, como también lo son las consecuencias que produce en diversas pruebas de laboratorio. La capacitación adecuada del personal responsable de obtener y manipular muestras de sangre en el laboratorio clínico es el factor más importante para reducir casi todos los errores preanalíticos relacionados con la obtención, manejo, transporte, almacenamiento, identificación y trazabilidad de los especímenes clínicos. El personal que tiene la responsabilidad de coleccionar las muestras para el laboratorio, es consciente de la importancia de su desempeño en todo el proceso.

Se ha observado en el laboratorio de Urgencias del hospital de Alcañiz, un aumento considerable de las muestras hemolizadas, especialmente desde la introducción en el año 2014 de la determinación automatizada de los índices de hemólisis, que detecta mejor la hemólisis que el examen visual. Otro potencial problema que hemos identificado es que el año 2015 se cambiaron los tubos VacuainerDB por los Vacuette, hemos de realizar estudios para ver si este ha sido un factor más que ha podido influir en el aumento de muestras hemolizadas.

Esta circunstancia ha producido un aumento en la repetición de la extracción con las molestias que ocasiona tanto a los pacientes como al personal de extracciones.

El personal encargado obtener la muestra de urgencias, no son, habitualmente las enfermeras del servicio de laboratorio, sino personal de enfermería de las plantas o del servicio de urgencias, que al no trabajar en el laboratorio, quizás no tienen tan presentes los problemas preanalíticos, especialmente los causados por la hemólisis, que algunas prácticas inadecuadas pueden ocasionar. Desde la coordinación de Laboratorios del Hospital de Alcañiz, junto con la supervisión de Laboratorio y de Urgencias, elaboraremos un plan que incluya tanto la formación del personal implicado, como estudio del proceso de extracción que incluya el material utilizado, la conservación y manipulación de las muestras, etc para buscar soluciones que permitan evitar o disminuir las hemólisis.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el % de hemólisis detectadas en el laboratorio de urgencias.
- Disminuir el número de repeticiones de extracciones por prácticas inadecuadas.
- Mejora de la calidad del proceso de extracción de muestras de sangre.

MÉTODO

- Plan de formación del personal de Urgencias, tanto de laboratorio como del Servicio de Urgencias. Sesión de formación por turnos a cargo de la supervisión de enfermería: mínimo cuatro sesiones: 2 sesiones de mañanas y 2 sesiones de tardes. Realizar las sesiones de mañanas a primera hora (8 de la mañana) para que el personal de noche pueda acudir a la sesión). Entregar material del curso a los asistentes. Solicitar la acreditación por parte de la comisión de docencia.
- Estudio de material utilizado en las extracciones de Urgencias para ver si es adecuado.

INDICADORES

- Asistencia a las sesiones de formación del 85% del personal
- Calcular la disminución de % de hemólisis desde el fin de la formación en tres o cuatro meses. Comparar con la hemólisis de los mismos meses del año anterior.
- Recomendaciones y solicitud (en caso necesario) de cambio de tubos o/y otro tipo de material para urgencias dirigido al servicio de compras.

DURACIÓN

- Octubre - Diciembre 2016
- Curso de Formación: planificar y realizar las 4 sesiones.
- Reuniones con coordinación de calidad, para estudiar el tipo de material utilizado.

Enero - marzo 2017

- Estadística del número de hemólisis en urgencias.

Abril- mayo 2017

- Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0660

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA DE LAS EXTRACCIONES SANGUINEAS DE URGENCIAS EN HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA EVITAR LAS HEMOLISIS EN LAS MUESTRAS

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 - 2016/0252

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES
ALTABA SANZ BEATRIZ
ZARATE MONTAÑES MARIA CARMEN
ZAPATER CASTAÑER MARIVI
BELLES PALLARES LUCIA
OLIVER MARIN LAURA
MARIN ABAD TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES Y OFERTA DE SERVICIOS.

Se ha elaborado un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex que se compone de:

- Identificación de los pacientes alérgicos al látex en el subproceso preoperatorio. En caso de alergia dudosa se remitirá al servicio de Alergias para confirmación. En el caso de alergia confirmada se comunicará a la supervisora del Bloque Quirúrgico para que quede identificado en la programación de la intervención y poder iniciar el procedimiento en admisión en el momento del ingreso: se identifica al paciente con pulsera específica y se emiten las pegatinas "sin látex" para marcar de la puerta de la habitación de ingreso, de la cama y del quirófano.
- Se han elaborado instrucciones para la indumentaria del personal que atenderá a estos pacientes tanto en planta como en quirófano, indumentaria que deberá ser libre de látex y que se cita en la misma instrucción
- La supervisora comunicará la alergia al látex a los servicios de Anestesia, Esterilización, Cocina, Farmacia, Personal de enfermería para evitar los productos con látex más frecuentemente utilizados en los mencionados servicios, productos que han sido identificados en listado específico.
- Se han elaborado instrucciones de preparación del quirófano libre de látex. Incluye listados de material y fármacos libres de látex. Incluye recomendaciones generales, para cirugía programada y para cirugía urgente. Se han solicitado certificados y fichas técnicas de los productos libres de látex.
- También se han elaborado instrucciones para la atención en planta de estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Por el momento hemos finalizado el procedimiento, habiendo sido muy costoso la identificación de materiales y fármacos que tienen látex, dudosos y libres de látex. los materiales y fármacos que tienen látex, estarán identificados con una etiqueta que advierta de la presencia del látex en dicho producto.
- Estamos pendientes de recibir las pulseras de identificación y de comenzar la implantación del procedimiento

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES. LECCIONES APRENDIDAS

La alergia al látex no es infrecuente en los pacientes quirúrgicos, siendo motivo de incidencias con frecuencia que pueden dar lugar incluso a reacciones anafilácticas. La elaboración del procedimiento ha supuesto un ejercicio de revisión sistemática de todas las fuentes de contacto del paciente con el látex, durante todas las fases del proceso del bloque quirúrgico que nos ha proporcionado un reenfoque radical que esperamos asegure la asistencia a nuestros pacientes. Esperamos completarlo en los próximos meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/252 ===== ***

Nº de registro: 0252

Título
PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, RUBIO DEL PERAL JOSE ANDRES, ALTABA SANZ BEATRIZ, ZARATE MONTAÑES MARIA DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0252

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DE ENFERMERIA EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX; IDENTIFICACION, NORMAS ACTUACION

CARMEN, OLIVER MARIN LAURA, GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE, ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA, BELLES PALLARES LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Las incidencia relacionadas con la alergia de los pacientes al látex son relativamente frecuentes en nuestro hospital. Creemos que esto ocurre porque no se suele reflejar en las historias clínicas la alergia al látex, y también porque se desconocen las pautas a seguir ante pacientes sensibles-alérgicos al latex y no siempre están identificados los materiales e instrumentos quirúrgicos que llevan látex.

RESULTADOS ESPERADOS

Correcta clasificación pacientes alérgicos---grados sensibilización
Concienciar a los profesionales del preoperatorio en la identificación específica de la alergia al látex.
Actuar correctamente en quirófano según grado sensibilización del paciente.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de actuación en el quirófano ante pacientes alérgicos al látex atendiendo a los siguientes aspectos:
Coordinación personal sanitario(planta, admón., qfno) para identificar paciente
Elaboración de listado de materiales e instrumentos con látex/sin látex.
Evitación del contacto con alérgeno
Profilaxis farmacológica
Acondicionamiento del quirófano
Actuación en fase intraoperatoria. Fármacos a utilizar
Fase posoperatoria---recomendaciones al paciente

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento en la intranet
% de pacientes con pulsera de identificación
Número de incidencias recibidas

DURACIÓN

1º ENERO.. CONSTITUCION DEL GRUPO
2º ENERO - JUNIO--ELABORACION PROCEDIMIENTO
3º JUNIO - NOVIEMBRE-- DIFUSIÓN E IMPLANTACIÓ
4º DICIEMBRE---EVALUACION

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 - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 04/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ ALTABA SANZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONO LAMARCA MARIA TERESA
CALDU AGUD MARIA CARMEN
CALDU AGUD PILAR
BELLES PALLARES LUCIA
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIVIDADES

1. La colocación de carteles identificativos del tipo de prótesis donde figura nombre, marca y dibujo de la misma al lado de cada estante.
2. Colocar a pie del componente protésico una pegatina con nombre del componente y dibujo del mismo.
3. La colocación de pegatinas donde figura claramente la fecha de caducidad en la caja del componente, en la cara que queda expuesta.
4. La elaboración de un listado de componentes protésicos donde se anotaran las caducidades de los que caduquen en los siguientes 6 meses. Esta colocado en una carpeta al lado de la estantería donde esta almacenado el material.
5. Control de caducidades una vez al mes y anotación en el listado de las que vayan a caducar en los proximos 6 meses.
6. Distribuir los estantes de almacenamiento de manera, que en cada uno de ellos, solo existirá un tipo de prótesis y una marca determinada.
7. Colocación en los estantes los componentes protésicos según fecha de caducidad, colocando delante las que vayan a caducar antes.

El proyecto se realizó según el calendario marcado a tal efecto.

RECURSOS-MATERIAL

Los recursos empleados para llevar a cabo el proyecto fueron:

La creación de unos rótulos en tamaño dina A4 con marca, nombre y dibujo de la prótesis. Se plastificaron y fueron colocados al lado de los estantes donde estan colocadas.
La creación de unas etiquetas en hojas de pegatinas con nombre y dibujo del componente, que fueron colocadas a pie del componente protésico aprovechando el marco del estante.
Elaboración de unas pegatinas para poner fecha de caducidad en la caja del componente protésico, aprovechando para ello las hojas de pegatinas que suministra el hospital.
La elaboración de un listado con cada uno de los componentes protésicos en el que apuntar las fechas de caducidad en hojas tamaño dina A3.

El proyecto se explicó en tres charlas de media hora cada una para así captar a todo el personal de enfermería y TCAES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES

- Los indicadores del proyecto se han conseguido al 100%. A día de hoy están identificados el 100% de las prótesis que caducan dentro de los 6 meses siguientes y en el 100% de las prótesis figura en un lugar visible y con números legibles la fecha de caducidad.
 - El proyecto esta disponible e implantado al 100 %.
- La fuente y el método de obtención se ha realizado a través de la implantación de un procedimiento de gestión de los componentes de las prótesis totales y parciales de cadera y rodilla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cada uno de los participantes en el proyecto de mejora ha trabajado primero individualmente y despues de manera grupal para crear lo dispuesto en el proyecto. Nos hemos reunido varias veces y entre todos hemos realizado las actividades marcadas.
Las conclusiones son buenas, en solo golpe de vista una persona no acostumbrada a trabajar en quirófano es capaz de diferenciar tipo de prótesis y en un segundo golpe la marca.
En el siguiente localiza el implante pedido y con un mínimo error.
Es más fácil localizar los componentes que caducan primero y el trabajo es menor para la persona que lleva el control de caducidades .
Vemos sostenible la aplicación del proyecto ya que cada una de las componentes del grupo de mejora de la calidad estará implicada en su mantenimiento a lo largo del tiempo, dedicando un tiempo de su trabajo diario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

a su control y mantenimiento.

7. OBSERVACIONES.

Si a lo largo del 2018 incluyera el servicio de quirófano alguna otra prótesis la incluiríamos en el proyecto. Voy a mandar al correo calidadensalud@aragon.es el material que hemos realizado: rótulos, hojas de etiquetas y listado de material protésico.
Gracias

*** ===== Resumen del proyecto 2016/577 ===== ***

Nº de registro: 0577

Título
IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE CADERA Y RODILLA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ALTABA SANZ BEATRIZ, BONO LAMARCA MARIA TERESA, OLIVER MARIN LAURA, BELLES PALLARES LUCIA, CALDU AGUD MARIA PILAR, CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN, ABIZANDA MARTINEZ MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Durante el período de acogida al personal de enfermería de quirófano algunas profesionales que ejercen como enfermera volante han expresado dudas a la hora de seleccionar los componentes de las prótesis de cadera y rodilla totales y parciales. La causa es que estos componentes están almacenados en una estantería en el antequirófano del quirófano de traumatología, según tipo de prótesis y marca pero sin ningún tipo de rótulo identificativo. Teniendo en cuenta la variedad de estos componentes (derechos, izquierdos, cementados no cementados, cerámicos, titanio, numeraciones diferentes según tamaño...etc...), la confusión entre ellos en el personal de reciente incorporación no es infrecuente, lo que origina retrasos en la intervención además de estrés en los profesionales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Permitir que una persona con poca experiencia en operaciones de prótesis de cadera y rodilla suministre los componentes que le han pedido sin ningún tipo de duda al respecto y en un tiempo mínimo.
- Organizar y distribuir en estanterías los diferentes componentes de las prótesis según el tipo (rodilla, cadera) y marca comercial, de manera que en cada estante solo podrá haber un tipo de prótesis y una marca.
- Identificar los tipos y marcas de prótesis y a su vez los componentes protésicos mediante un sistema de rótulos.
- Identificar el componente de la prótesis pedida en el menor tiempo y con la mayor seguridad posible.
- Facilitar al responsable del pedido de los componentes protésicos su trabajo a la hora comprobar caducidades, stock y realizar nuevos pedidos

MÉTODO

- Elaborar un procedimiento de gestión del almacén de componentes de prótesis.
- Elaboración de un listado de prótesis con sus componentes y marca comercial, estableciendo un sistema de control de stocks.
- Elaboración de una hoja de control de caducidades para cada tipo de prótesis, que se localizará al lado de las estanterías, donde se anotaran los componentes que vayan a caducar en los 6 meses siguientes, identificando en ella la fecha concreta.
- Identificación de la fecha de caducidad en las cajas de los componentes, mediante pegatinas colocadas en un lugar visible.
- Identificación del tipo de prótesis y marca comercial mediante la creación de unos rótulos donde figuraran claramente ambos nombres y se colocaran en la pared de ambos lados de la estantería.
- La identificación del componente protésico se realizara mediante unos rótulos en los que figuraran nombre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0577

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LOS COMPONENTES DE LAS PRÓTESIS TOTALES Y PARCIALES DE RODILLA Y CADERA EN EL BLOQUE QUIRURGICO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

y dibujo del componente protésico y se colocaran al pie de estos.

- Los componentes se colocaran aprovechando la estantería de madera existente, almacenándolos uno encima de otro de manera que sean visibles a simple vista la numeración. Estos componentes se ordenarán según sistema FIFO, colocando siempre los que primeros caducan en la parte delantera.

INDICADORES

- ? . Disponibilidad del procedimiento
- ? . % de componentes con caducidad inferior a seis meses identificados en la hoja de control de caducidades
- ? . % de componentes rotulados con la fecha de caducidad visible.

DURACIÓN

- ? Octubre 2016: Constitución de equipo de trabajo
- ? Noviembre-Diciembre 2016: Elaboración del procedimiento de gestión del almacén de instrumental quirúrgico
- ? Del 1 al 15 de Enero del 2017 se realizarán los listados de componentes los rótulos con los nombre de las prótesis y el de los nombres y dibujos de los componentes protésicos, así como las hojas de control de caducidades y la base de datos de componentes de cada una de las prótesis,
- ? Del 16 al 20 de Enero del 2017 se colocaran todos los rótulos identificativos y la hoja de caducidades en los sitios acordados.
- ? Febrero 2017: Difusión del procedimiento
- ? Marzo-Diciembre de 2017: implantación del procedimiento

OBSERVACIONES

Si durante el 2017 se introdujese una nueva marca de prótesis o algún componente protésico nuevo a los ya existentes, se añadirían a la base de datos y se nombrarían tal y como específico en este proyecto.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA
CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN
FRAGA MILIAN MARI CRUZ
GASCON POLO MARIA PILAR
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA
MAMPEL ROYO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha modificado el registro de inicio de intervención, registrando el momento de entrada del paciente en el bloque quirúrgico que es cuando se inicia la actividad. Se registra también el inicio de la intervención y la salida del quirófano, lo que nos va a permitir obtener: Índice de ocupación del quirófano (rendimiento bruto y neto), y tiempo de rotación del quirófano.
- La modificación del registro ha permitido incluir todas las nuevas actividades de enfermería, incluyendo las de cirugía mayor ambulatoria que se está implantando en nuestro hospital.
- De acuerdo a las especificaciones del grupo PROA se ha añadido al registro la clasificación del tipo de cirugía (limpia, contaminada,...) para permitir ajustar la antibioterapia necesaria
- Otros registros: Clasificación de posiciones, actualización de la clasificación de tipo anestesia realizada y procedimiento quirúrgico. Registro e de identificación de fármacos utilizados y de procedimientos de enfermería realizados sobre el paciente. Actualizar ítems de la hoja de enfermería que se complementa con el listado de verificación de seguridad quirúrgica complementar hoja de enfermería quirúrgica con la de la sala del despertar.
- Se han unificado tres registros previos en uno solo, eliminando información no relevante.
- Formación a los profesionales de enfermería

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha elaborado la hoja buscando el consenso de todos los clientes del quirófano (cirujanos, equipo PROA, dirección, hospitalización, laboratorios...) llegando a la hoja definitiva que se ha estado pilotando sin incidencias por lo que vamos a pasar a la implantación definitiva. Todavía no hemos comenzado a medir los tiempos de quirófano de la forma especificada pero a partir del mes próximo vamos a comenzar a medir los tiempos de forma más precisa que anteriormente con lo que creemos que el rendimiento quirúrgico va a mejorar sustancialmente, ya que la actual medición (comienza la medición con la incisión) no se ajusta la realidad

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La labor de consenso ha alargado el tiempo de diseño de la hoja, pero ha merecido la pena porque vamos a poder abarcar las expectativas de todos los grupos de interés, incluida la nueva sección de cirugía ambulatoria de próxima implantación. En el año 2019 vamos a comenzar la implantación en el mes de Febrero con lo que podremos evaluar resultados definitivos

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/149 ===== ***

Nº de registro: 0149

Título
REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, CALDU AGUD MARIA CARMEN, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, GASCON POLO MARIA PILAR, OLIVER MARIN LAURA, ABIZANDA MARTINEZ MARTA, MAMPEL ROYO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Otro Tipo Patología: PATOLOGIA QUIRURGICA
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA CETIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS

REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

MÉTODO

ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTIFICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA,ETC)
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPRERTAR

INDICADORES

DISPONIBILIDAD HOJA,FACIL ACCESO
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

DURACIÓN

ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN
DICIEMBRE --EVALUACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTUALIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA
CALDU AGUD MARIA DEL CARMEN
FRAGA MILIAN MARI CRUZ
GASCON POLO MARIA PILAR
OLIVER MARIN LAURA
ABIZANDA MARTINEZ MARTA
MAMPEL ROYO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REMITO EN PRIMER LUGAR A LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DE LA MEMORIA INICIAL DEL PROYECTO. MONITORIZACION Y ANALISIS DE TIEMPOS QUIRURGICOS, ANALISIS Y CUMPLIMIENTO DE TODAS LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS, CLASIFICACION DEL TIPO DE CIRUGIA REALIZADA Y LA POSIBLE MODIFICACION DE LA MISMA SEGUN TIEMPO QUIRURGICO DE LA MISMA. REALIZAR UNA MEJOR CLASIFICACION DE:, PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA, POSICIONES, TIPOS DE ANESTESIA, ETC; DADO QUE LA MODIFICACION DE ALGUNOS ITEMS DE LA HOJA Y LA SUPRESION DE LOS QUE SON INNECESARIOS NOS PERMITEN UNA MONITORIZACION MAS CLARA DE TODOS ELLOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

TRAS LA ELABORACION DE LA HOJA, PROCESO ANALIZADO EN LA ANTERIOR MEMORIA PRESENTADA. HEMOS OBSERVADO, EN EL MUESTREO Y ANALISIS REALIZADO DE LOS DATOS QUE CONTIENE LA HOJA, QUE SE HAN ALCANZADO LOS OBJETIVOS QUE NOS HABIAMOS PROPUESTO.(AUMENTAR EL RENDIMIENTO QUIRURGICO) TODO ELLO AVALADO CON RESULTADOS ESTADISTICOS RECOGIDOS EN LA ANALISIS DE ACTIVIDAD QUE REALIZA CONTROL DE GESTION.

TODAS LAS ACTIVIDADES SE TRANSCRIBEN EN UN AUMENTO CONSIDERABLE DEL RENDIMIENTO TOTAL DE QUIROFANOS.: 2019 2018 2017

RQ% TOTAL 70,5% 64,4% 53,6%
RQ% QUIRÓFANO 73,2% 67,0% 56,4%
RQ% mañanas 73,8% 67,2% 56,7%
RQ% tardes 68,3% 54,3% 56,4%
RQ% LOCALES 55,2% 48,8% 37,6%

TAMBIÉN ;AL TENER MEJOR MONITORIZADOS TODOS LOS ITEMS PROPUESTOS Y MEJOR CONTROLADOS LOS TIEMPOS QUIRURGICOS, SE HA LOGRADO AJUSTAR LAS NECESIDADES ANTIBIOTICAS QUE CONTROLAN EL N° DE INFECCIONES QUIRURGICAS, AL MISMO TIEMPO, SE HAN PODIDO CLASIFICAR MEJOR EL TIPO DE CIRUGIA (LIMPIA, LIMPIA-CONTAMINADA, SUCIA,...) DE ACUERDO CON LOS TIEMPOS REALES DE CIRUGIA.(HORA INCISION/HORA CIERRE)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HA SIDO UN PROCESO LARGO, TANTO LA ELABORACION DE LA HOJA, COMO MUESTREO Y ANALISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS. A PESAR DE SER LABORIOSO, HA SIDO MUY GRATIFICANTE EL VER QUE LOS DICHOS DATOS REFLEJAN UNA MEJORA EN EL RENDIMIENTO QUIRURGICO, ASI COMO DE LOS TIEMPOS QUIRURGICOS Y POR LO TANTO DE OCUPACION DE LOS QUIRÓFANOS, ASÍ COMO TAMBIEN DE OTRAS ACTIVIDADES COMO CLASIFICACION DEL TIPO DE CIRUGIAS, ETC.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/149 ===== ***

Nº de registro: 0149

Título
REMODELACION Y ACTUALIZACION HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, CALDU AGUD MARIA CARMEN, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, GASCON POLO MARIA PILAR, OLIVER MARIN LAURA, ABIZANDA MARTINEZ MARTA, MAMPEL ROYO NIEVES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIA QUIRURGICA
Línea Estratégica ..: Eficiencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0149

1. TÍTULO

REMODELACION Y ACTULIZACION DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUIRURGICA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO YA QUE SE HAN DETECTADO FALLOS EN LOS INDICADORES DE HORA QUE NO REFLEJAN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA REAL. ASI COMO IOROS INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA QUE SE QUEDAN OBSOLETOS DE ACUERDO A LA EVOLUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES QUIRURGICAS REALIZADAS

RESULTADOS ESPERADOS

REGULAR EL SISTEMA DE INDICADOR DE HORARIOS QUE REFLEJEN TIEMPO REAL DE ACTIVIDAD Y TIEMPO DE OCUPACIÓN DE QUIRÓFANOS.
ACTUALIZAR INDICADORES DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA A LA EVOLUCIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS REALIZADOS
REUNIFICAR TODO TIPO DE ACTIVIDAD DE ENFERMERÍA REALIZADA AL PACIENTE DENTRO DEL BLOQUE QUIRÚGICO

MÉTODO

ELABORAR UN SISTEMA DE MEJORA DE INDICADOR DE TOMA DE HORARIOS DE OCUPACION DE ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ELABORACION DE LISTADO DE CLASIFICACION DE PASICIONES, Y DE IDENTIFICACION DE TIPO DE CIRUGIA(LIMPIA, SUCIA, CONTAMINADA, ETC)
CLASIFICACIÓN DE TIPO ANESTESIA REALIZADA Y PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.
SISTEMA DE IDENTIFICACION DE FARMACOS UTILIZADOS Y DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA REALIZADOS SOBRE EL PACIENTE
ACTUALIZAR ITEMS DE LA HOJA DE ENFERMERIA QUE SE COMPLEMENTE CON EL LISTADO DE VERIFICACION DE SEGURIDAD QUIRURGICA
COMPLEMENTAR HOJA DE ENFERMERÍA QUIRURGICA CON LA DE LA SALA DEL DESPREPTAR

INDICADORES

DISPONIBILIDAD HOJA, FACIL ACCESO
MEJORAS EN EL % DE OCUPACION DE QUIRÓFANO Y ACTIVIDAD QUIRURGICA.
ACCESIBILIDAD Y FACILIDAD DE INDICADORES DE ACTIVIDADES REALIZADAS

DURACIÓN

ENERO 2018--NSTITUCIÓN DEL GRUPO
FEBRERO- JUNIO--ELABORACION DE LA HOJA
JUNIO- NOVIEMBRE--DIFUSION E IMPLANTACIÓN
DICIEMBRE --EVALUACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0468

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TERESA BONO LAMARCA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

INSA FANLO ANDREA
PASTOR LOU ENCARNA
LOSCOS GARCIA ANA BELEN
ZARATE MONTAÑES MARIA DEL CARMEN
ALBAJEZ MOLIAS EVA MARIA
PELLICER PIQUER JOSEFINA
ESTEBAN GASCON ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Discusión e intercambio de formas de trabajo entre las profesionales del servicio
Plasmar de forma protocolizada las funciones de tcae dentro del bloque quirúrgico: funciones de tcae generales y específicas dentro del bloque.
Protocolizar funciones y actividades de tcae según intervenciones.
Elaboración y actualización de protocolos
Elaboración de manual de acogida, reuniendo los protocolos elaborados
Formación de nuevos profesionales dentro del bloque

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Conseguir criterios unificados.
DISMINUCION % DE ELEMENTOS DE QUIROFANO QUE ESTAN SUCIOS O SE QUEDAN SIN LIMPIAR
DISMINUIR % DE VECES QUE NO SE ENTRAN CESTILLAS Y/O SE QUEDAN CARROS SIN LIMPIAR
Efectividad - eficiencia del trabajo realizado
Seguridad para el paciente ya que siempre se procede de forma reglada, REDUCIR %VECES QUE EL PACIENTE ENTRA A QUIRÓFANO SIN VER ANTES Y/O QUITAR EL PAÑAL
Grado de satisfacción en profesionales tanto eventuales como de nueva incorporación AL TENER ESTANDARIZADAS Y PROTOCOLIZADAS LAS FUNCIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al realizar estos protocolos nos hemos dado cuenta de las mejoras que habia que realizar en nuestra forma de trabajo, así como la unificación de la misma por parte de todos los tcaes fijos y eventuales de nuestro servicio.
Los defectos en la forma de trabajo de los profesionales de nueva incorporación, en sustituciones y correturnos, de acuerdo a los protocolos de actuación dentro de nuestro servicio., : como por ejemplo en el orden de limpieza de los utensilios utilizados dentro de quirófano (de más limpio a más sucio), (de arriba abajo), AL NO SEGUIR ORDEN EN OCASIONES SE QUEDAN BISTURIS, LAMPARAS SIN LIMPIAR; realización de desinfección de quirófano y despertar a primera hora de la mañana; acogida de pacientes en la exclusiva de camas; SE QUEDAN PACIENTES SIN QUITAR PAÑAL Y HAY QUE QUITARLOS UNA VEZ ESTA EN LA MESA QUIRURGICA (CON EL RIESGO QUE ELLO SUPONE) protocolizar actuación tcae en cada intervención ; TODOS ELLOS HAN SIDO SUBSANADOS EN GRAN MEDIDA
COMO CONCLUSION PODRÍAMOS DECIR QUE AL UNIFICAR, PROTOCOLIZAR Y ESTANDARIZAR LA FORMA DE TRABAJO Y TAREAS DE LAS TCAES, HA SUPUESTO UNA MEJORA IMPORTANTE EN NUESTRO SERVICIO, Y PARA LOS PACIENTES PUESTO QUE SE HA OBSERVADO UN MAYOR RENDIMIENTO EN EL TRABAJO REALIZADO (TODO EL MUNDO SABE O QUE TIENE QUE HACER EN CADA MOMENTO)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/468 ===== ***

Nº de registro: 0468

Título
ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
BONO LAMARCA MARIA TERESA, INSA FANLO ANDREA, ZARATE MONTAÑES MARIA DEL CARMEN, PASTOR LOU ENCARNA, ESTEBAN GASCON ROSA, LOSCOS GARCIA ANA BELEN, ALBAJEZ MOLIAS EVA MARIA, PELLICER PIQUER JOSEFINA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0468

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y ELABORACION DE PROTOCOLOS, DE TAREAS PROPIAS DE TCAES EN ELBLOQUE QUIRURGICO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA-EFICACIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

DICHO
PROYECTO ESTA JUSTIFICADO, YA QUE SE HAN DETECTADO DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE TCAES QUE VIENEN DE NUEVO AL SERVICIO, O LAS QUE NO TRABAJAN DE MANERA HABITUAL EN EL.
ASÍ TIENEN UN MANUAL DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO QUE LES SIRVA DE APOYO PARA CUANDO VENGAN A TRABAJAR, TANTO SI SON DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.

RESULTADOS ESPERADOS

UNIFICAR
CRITERIOS DE TRABAJO, Y PLASMARLOS PROTOCOLIZADOS, TANTO LOS GENERALES COMO LOS ESPECIFICOS DE CADA INTERVENCION PARA QUE ESTE SEA MUCHO MAS EFICAZ.
RECORDATORIO DE LAS FUNCIONES DE TCAE EN EL B.Q., PARA LAS TCAES QUE TRABAJAN EN EL.
MANUAL DE APOYO TRANSCRITO PARA TCAES DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.
CON ELLO SE PRETENDE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL AL PACIENTE Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO TRABAJO

MÉTODO

REUNIONES
DIVERSAS PARA COTEJAR CRITERIOS DE TRABAJO ENTRE NOSOTRAS, ACTUALIZANDO TAREAS SEGUN DEMANDA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN NUESTRO SERVICIO.
INCORPORACION PROTOCOLIZADA DE NUEVAS TAREAS, DE ACUERDO CON NUEVAS INTERVENCIONES Y TECNOLOGIAS, QUE SE PRACTICAN EN NUESTRO SERVICIO.
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS.
REALIZACION DE MANUAL DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS

INDICADORES

DISPONIBILIDAD
DE PROTOCOLOS, FACIL ACCESO.
MEJORAS EN LAS TAREAS A REALIZAR
MEJORAS EN LA ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD ASISTENCIAL.
MEJORAS EN LA COLABORACION CON LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES QUE TABAJAN EN NUESTRO SERVICIO.*** LAS FUNCIONES Y ACCTIVIDADES A REALIZAR

DURACIÓN

ENERO CONSTITUCION DE GRUPO. PLAN DE TRABAJO
FEBRERO -ABRIL RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE PROTOCOLOS. ABRIL MAYO, ELABORACION DE MANUAL.
A PARTIR DE MAYO PUESTA EN MARCHA
DICIEMBRE EVALUACION

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0472

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Fecha de entrada: 24/02/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE GARCIA CABAÑERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALTABA SANZ BEATRIZ
BEGUERIA PALACIOS ISABEL
BONO LAMARCA MARIA TERESA
FRAGA MILIAN MARIA CRUZ
GASCON POLO MARIA PILAR
TOBENAS ZAFORAS CRISTINA
ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Este proyecto se inicio en Enero de 2019.
- En primer lugar, se creó un grupo de trabajo con la finalidad de revisar y actualizar los protocolos (tanto de cirugía como de anestesia y reanimación) ya existentes en el bloque quirúrgico del Hospital Comarcal de Alcañiz.
- Dado que son muchas las técnicas quirúrgicas que se realizan en este hospital, se decidió que la duración de dicho proyecto sería de 2 años.

En el año 2019 se llevaría a cabo la revisión y actualización de los protocolos de las especialidades de OFTALMOLOGÍA, GINECOLOGÍA Y CIRUGÍA.

- Se numeraron todas las técnicas quirúrgicas y anestésicas que se realizan en dicho hospital.
- Se establecieron unos puntos comunes a tratar en dichas técnicas como son:
 - Definición del procedimiento a realizar y en que consiste la técnica quirúrgica.
 - Tipo de anestesia.
 - Preparación del quirófano antes de iniciar la intervención quirúrgica y de que el paciente entre en él.
 - Preparación del paciente una vez dentro de quirófano.
 - Necesidades materiales (instrumental y fungible, suturas y material opcional).
 - Técnica a seguir.
- Se llevó a cabo la distribución de dichos protocolos en un total de 4 grupos de trabajo.
- Pasado un tiempo prudencial, estos protocolos se pusieron en común con todas las integrantes de los grupos de trabajo para discusión y mejora de los mismos.
- Posteriormente fueron impresos y archivados por orden alfabético siguiendo un índice alfabético.

Cada una de estas especialidades ocupa una carpeta que se halla en el despacho de supervisión de enfermería y a las que todo el personal que trabaja en el bloque quirúrgico tiene acceso en todos los turnos de trabajo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Ha quedado confirmado el uso de dichas carpetas tanto por el personal de nueva incorporación como por el personal que habitualmente trabaja en el bloque quirúrgico del Hospital de Comarcal de Alcañiz.
- Como en dichos protocolos consta el material que se va a emplear, e incluso el opcional, se tienen preparadas todas las opciones y de esta manera se agilizan los procedimientos quirúrgicos.
- Aumento de la seguridad del paciente ya que se procede a la actividad de una manera reglada.
- Por todo ello se ha apreciado:
 - % de aumento de efectividad en el trabajo, dado que el personal de enfermería no deja lugar a la improvisación y antes de llevar a cabo las intervenciones saben en que se basa cada una de ellas.
 - % de disminución de gasto de fungible dado que se conoce a priori el material que se va a utilizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Dado que el bloque quirúrgico de este hospital, es un servicio que recibe constantemente personal de nueva incorporación que carece de experiencia en dicha actividad, nos hemos dado cuenta, y este personal nos lo ha hecho saber, que la existencia de estos protocolos les son muy útiles para la preparación de cada una de las intervenciones quirúrgicas a las que se van a enfrentar. Esto les otorga mayor seguridad y confianza en si mismos y en la posibilidad de realizar adecuadamente su trabajo.
- Igualmente disminuye considerablemente el grado de estrés que puede aparecer al enfrentarte a una cirugía nunca vista y desconocida.
- Las recomendaciones que vamos a seguir son las de actualizar periódicamente dichos protocolos porque las técnicas quirúrgicas varía constantemente.
- Quedan pendientes de realizar para el año 2020 los protocolos de OTORRINOLARINGOLOGÍA, UROLOGÍA Y TRAUMATOLOGÍA.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0472

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/472 ===== ***

Nº de registro: 0472

Título
ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
GARCIA CABAÑERO MARIA JOSE, TOBEÑAS ZAFORAS CRISTINA, FRAGA MILIAN MARI CRUZ, ZAPATER CASTAÑER MARIA VICTORIA, ALTABA SANZ BEATRIZ, ESPINAL HERNANDEZ ANDREA, GASCON POLO MARIA PILAR, BEGUERIA PALACIOS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA-EFICACIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
SE HA DETECTADO, AL SER UN SERVICIO MULTIDISCIPLINAR, LA NECESIDAD DE PROTOCOLIZAR Y ESTANDARIZAR CADA INTERVENCION SEGUN ESPECIALIDADES. DICHO PROYECTO ESTA JUSTIFICADO TAMBIEN, YA QUE SE HAN DETECTADO DEFICIENCIAS EN LAS FUNCIONES DE DUES QUE VIENEN DE NUEVO AL SERVICIO, O LAS QUE NO TRABAJAN DE MANERA HABITUAL EN EL. ASÍ TIENEN UN MANUAL DE PROTOCOLOS DE TRABAJOS QUE SE REALIZAN EN EL SERVICIO QUE LES SIRVA DE APOYO PARA CUANDO VENGAN A TRABAJAR, TANTO SI SON DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES.

RESULTADOS ESPERADOS
UNIFICAR CRITERIOS DE TRABAJO, Y PLASMARLOS PROTOCOLIZADOS, TANTO LOS GENERALES COMO LOS ESPECIFICOS DE CADA INTERVENCION PARA QUE ESTE SEA MUCHO MAS EFICAZ. RECORDATORIO DE LAS FUNCIONES DE DUE EN EL B.Q., PARA LAS DUES QUE TRABAJAN EN EL. MANUAL DE APOYO TRANSCRITO PARA DUES DE NUEVA INCORPORACION O EVENTUALES. CON ELLO SE PRETENDE MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE Y LA EFECTIVIDAD DE NUESTRO TRABAJO

MÉTODO
REUNIONES DIVERSAS PARA COTEJAR CRITERIOS DE TRABAJO ENTRE NOSOTRAS, ACTUALIZANDO TAREAS SEGUN DEMANDA DE LAS DISTINTAS INTERVENCIONES QUE SE REALIZAN EN NUESTRO SERVICIO. INCORPORACION PROTOCOLIZADA DE NUEVAS TAREAS, DE ACUERDO CON NUEVAS INTERVENCIONES Y TECNOLOGIAS, QUE SE PRACTICAN EN NUESTRO SERVICIO. ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS. REALIZACION DE MANUAL DE PROTOCOLOS ACTUALIZADOS

INDICADORES
DISPONIBILIDAD DE PROTOCOLOS, FACIL ACCESO. MEJORAS EN LAS TAREAS A REALIZAR MEJORAS EN LA ATENCION AL PACIENTE. CALIDAD ASISTENCIAL. MEJORAS EN LA COLABORACION CON LOS DISTINTOS ESTAMENTOS PROFESIONALES QUE TABAJAN EN NUESTRO SERVICIO.*** LAS FUNCIONES Y ACCTIVIDADES A REALIZAR

DURACIÓN
ENERO CONSTITUCION DE GRUPO. PLAN DE TRABAJO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0472

1. TÍTULO

ELABORACION Y ACTUALIZACION DE PROTOCOLOS DE ENFERMERIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

FEBRERO -ABRIL RECOGIDA DE DATOS. A PARTIR DE ABRIL ELÑABORACION DE PROTOCOLOS POR FASES Y ESPECIALIDADES, INICIO DE ELABORACION DE MANUAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1505

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

Fecha de entrada: 16/06/2017

2. RESPONSABLE MARTA MONTAÑES FOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GINER VIDAL ALICIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se crea formato sobre recomendaciones de enfermería para dar al paciente ostomizado al alta. En dichas recomendaciones se hace alusión a:

1. Consejos dietéticos.
2. Consejos de ejercicio y actividades de la vida diaria.
3. Tipos de ostomías y dispositivos.
4. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.
5. Recomendaciones importantes a tener en cuenta
6. Complicaciones del estoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de folleto sobre recomendaciones de enfermería al paciente ostomizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Realización de folleto sobre recomendaciones de enfermería al paciente ostomizado.

Se dará la información al paciente ostomizado que sea dado de alta en el Hospital de Alcañiz, en formato folleto.

7. OBSERVACIONES.

El fin del mismo, es que el paciente tenga a parte de la formación verbal, una formación en formato papel para su lectura fuera del Hospital y que sirva para mantener su autocuidado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1505 ===== ***

Nº de registro: 1505

Título
RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL ALTA DEL PACIENTE OSTOMIZADO

Autores:
MONTAÑES FOZ MARTA, GINER VIDAL ALICIA, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

actualmente estamos dando recomendaciones al paciente ostomizado, todo de manera verbal, sin una explicación escrita para cuando el paciente es dado de alta pueda recordar esto en su domicilio

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar conocimientos al paciente ostomizado al alta.
Facilitar información escrita al paciente ostomizado dado de alta en el hospital de alcañiz.

MÉTODO

Recomendaciones:
1. Cuidados del estoma y cambio del dispositivo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1505

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES DE ENFERMERIA AL PACIENTE OSTOMIZADO AL ALTA

2. tipos de ostomias.
3. Consejos dietéticos al alta.
4. Ejercicio y ocio.
5. Recomendaciones importantes.
6. Complicaciones

INDICADORES

Realizar las recomendaciones al paciente ostomizado.

DURACIÓN ANUAL

OBSERVACIONES

IMPRESIÓN DE FORMATO SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL PACIENTE OSTOMIZADO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0233

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE HELEN ALMEIDA PONCE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GIL BLASCO SILVIA
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GRACIA ROCHE CARLOS
GASCON FERRER ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el período y transcurrido se han realizado: 1. Reuniones entre los componentes del proyecto para acordar el contenido del material informativo a ser repartido y evaluado. 2. Diseño y revisión de los 5 trípticos piloto propuestos para este proyecto. 3. Diseño y revisión de las bases de datos de evaluación de satisfacción de los pacientes. 4. Diseño y revisión de las bases de datos para la valoración de complicaciones de heridas quirúrgicas en los procedimientos analizados. 5. Definición de los criterios de inclusión y exclusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Aún no se ha procesado los resultados de las encuestas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La estandarización de las recomendaciones y las mejoras en el formato de las mismas pueden ser claves en la transmisión de la información y por lo tanto en la obtención de mejores resultados. Es nuestra intención probar la información mediante folletos informativos en las indicaciones al alta en nuestros pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/233 ===== ***

Nº de registro: 0233

Título
OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

Autores:
ALMEIDA PONCE HELEN, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GIL BLASCO SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Período postquirúrgico
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente que es dado de alta tras una intervención quirúrgica, tanto si esta es mayor y precisa anestesia general, como si se trata de un procedimiento ambulatorio, requiere medidas específicas relativas a los cuidados de la herida quirúrgica, analgesia tras el procedimiento y en ocasiones, medidas higiénico dietéticas especiales (dietas específicas, restricciones en la actividad física, etc.) que generan en el paciente dudas y en algunos casos cierta ansiedad.
Habitualmente, tanto cirujanos como enfermeras, proporcionamos de forma verbal y en los distintos informes de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0233

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS AL ALTA, MEDIANTE ESTRATEGIAS DE INFORMACION AL PACIENTE

alta y de continuidad de cuidados, ciertas recomendaciones a propósito de estos cuidados postoperatorios, sin embargo, por factores de difícil análisis, las confusiones y las dudas persisten, lo que ocasiona una sobrecarga innecesaria de los centros de atención primaria para la realización de curas y revisiones. Por otra parte, el cumplimiento inadecuado de las recomendaciones postoperatorias (como la falta del aseo adecuado de la herida, la inmovilización, etc.) es causante frecuente de complicaciones postoperatorias (infecciones de herida, cicatrización tórpida, trombosis venosa, etc.) que pueden ser prevenibles. Ante esta situación, es necesaria la implementación de nuevas vías de transmisión de la información para mejorar el apego a las recomendaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Principal: Brindar información sobre los cuidados postoperatorios en un formato visual (tríptico/díptico)

Secundarios:

- Mejorar el apego a las recomendaciones postquirúrgicas
- Disminuir las complicaciones prevenibles mediante dichas recomendaciones

MÉTODO

- Elaboración de trípticos con la información necesaria para los cuidados postoperatorios según el tipo de intervención realizada:
 - o Cirugía menor.
 - o Hernia inguinal.
 - o Cirugía mayor:
 - ? Evisceración abdominal y cirugía abierta
 - ? Resección de colon laparoscópica
 - ? Colectectomía laparoscópica

INDICADORES

- o Satisfacción del paciente: valorado mediante la elaboración de encuestas estandarizadas en las revisiones postoperatorias al mes de la intervención.
- o Análisis de las complicaciones de la herida quirúrgica derivadas del mal apego a las recomendaciones mediante el interrogatorio durante la revisión y el seguimiento de las consultas a urgencias y atención primaria por motivos relacionados.

DURACIÓN

De mayo 2018 a Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GASCON FERRER ISABEL
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GRACIA ROCHE CARLOS
ALMEIDA PONCE HELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Por motivos ajenos a los miembros que forman parte de este proyecto no se ha podido iniciar el mismo hasta hace un mes.

Si bien en el momento que presentamos este proyecto disponíamos de la máquina de micropigmentación, problemas burocráticos no nos han permitido desarrollarlo hasta ahora.

La inclusión de la prestación "Reconstrucción del complejo areola pezón mediante micropigmentación" en nuestra cartera de servicios no fue efectiva hasta el 30 de Julio de 2018. Tras lo cual se iniciaron los trámites para pedir los micropigmentos y las agujas necesarias para llevar a cabo esta técnica. Dicho material fue recibido en fecha 22 de Octubre del 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este tiempo se ha elaborado la siguiente documentación:

- Consentimiento informado de la técnica
- Documento de instrucciones post pigmentación. Documento que se le entrega a las pacientes tras la realización de la micropigmentación e incluye los cuidados que deben llevar a cabo hasta la fecha de revisión, así como un teléfono de contacto con la enfermera que lleva a cabo la técnica.

Se ha realizado la micropigmentación del complejo areola pezón a dos pacientes; una de ellas en diciembre de 2018 y otra en enero de 2019 respectivamente.

SITUACIÓN OBJETIVA A FECHA ACTUAL (Enero 2019)

Nombre del Indicador Valor (resultado cuantitativo) del Indicador

- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100

- Grado de satisfacción de la paciente

De las dos pacientes a las que se les ha realizado la micropigmentación ninguna ha presentado complicaciones tras la técnica- 0%

Las dos pacientes están satisfechas del resultado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos planteamos como objetivo ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral que les permitiera reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social). Favoreciendo el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad y mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima. Por ello y superados los problemas que tuvimos inicialmente seguiremos adelante con este proyecto que tanto puede beneficiar a nuestras pacientes. El proyecto continuará en 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/299 ===== ***

Nº de registro: 0299

Título
RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GRACIA ROCHE CARLOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1). Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).

La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncológicas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezones (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y por tanto su autoestima.

Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).

Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitivo tras una reconstrucción mamaria.

El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.

1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en:
<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.

3. Goh S.C.J., Martin N.A., Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363

4. Nimboriboonporn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).

Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

MÉTODO

Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

INDICADORES

- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100
- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100
- Grado de satisfacción de la paciente

DURACIÓN

Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE SILVIA BLASCO GIL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ UBIETO FERNANDO
ALBIAC ANDREU MANUEL
GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
GASCON FERRER ISABEL
BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
GRACIA ROCHE CARLOS
ALMEIDA PONCE HELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
DESDE EL INICIO DE ESTA ACTIVIDAD SE HAN MICROPIGMENTADO UN TOTAL DE 9 PACIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
TODAS LAS PACIENTES HAN QUEDADO SATISFECHAS TRAS LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA Y SOLAMENTE UNA DE ELLAS PRESENTÓ SIGNOS DE IRRITACIÓN LEVE QUE CEDIERON CON TRATAMIENTO LOCAL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA INCLUSIÓN DE ESTA TÉCNICA HA SUPUESTO UNA MEJORA SIGNIFICATIVA EN CUANTO A LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO QUE OFRECEMOS A LAS PACIENTES CON CANCER DE MAMA SINO ADEMÁS UNA MEJORA EN LA SATISFACCIÓN DE LAS MISMAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/299 ===== ***

Nº de registro: 0299

Título
RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, MARTINEZ UBIETO FERNANDO, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, GASCON FERRER ISABEL, ALMEIDA PONCE HELEN, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, GRACIA ROCHE CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) es el organismo especializado en cáncer de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los datos que nos ofrece su informe GLOBOCAN 2012, publicado en el año 2014, son los más actualizados a nivel mundial sobre incidencia, prevalencia y mortalidad por los 28 tipos de cáncer más frecuentes de 184 países. Sitúan al cáncer de mama como el más frecuente en mujeres en España (1). Una mujer diagnosticada de una neoplasia maligna de mama no sólo se enfrenta al proceso de superar un cáncer, con todo lo que ello implica, si no que ve afectada su propia condición de mujer por la íntima relación que esta guarda con el pecho. El cáncer de mama puede considerarse como una experiencia vital que genera un fuerte impacto emocional(2).
La detección cada vez más precoz y los avances en las técnicas oncoplásticas para el tratamiento quirúrgico de este tipo de cáncer, han permitido disminuir las repercusiones psicosociales tras la cirugía al permitir preservar el pecho en muchos de los casos. Sin embargo, quedan cicatrices y no sólo en la piel. En algunos casos no es posible preservar el complejo areola-pezones (CAP) viéndose afectada la imagen de la paciente, y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0299

1. TÍTULO

RECONSTRUCCION DEL COMPLEJO AREOLA PEZON MEDIANTE LA MICROPIGMENTACION

por tanto su autoestima.

Existen diferentes métodos para la reconstrucción del CAP y conseguir así el mejor resultado posible tras la cirugía. Entre ellas, y es la que proponemos en este proyecto, se encuentra el tatuaje del mismo mediante técnica de micropigmentación, por los buenos resultados estéticos que se consiguen, mejores costes frente a otras técnicas y la baja morbilidad de la misma(3).

Becker fue el primer cirujano que introdujo la técnica del tatuaje para la reconstrucción de NAC en 1986 y Spear lo popularizó en los años siguientes. Actualmente, los equipos técnicos ofrecen resultados de alta calidad aunque es probable que se pierda algo de pigmentación a lo largo del tiempo, y es posible que se requieran algunos retoques (4)

La micropigmentación de la areola y el pezón el punto final de la reconstrucción mamaria tras una mastectomía por cáncer de mama. La micropigmentación oncológica, es un tatuaje intradérmico que ayuda a recuperar el aspecto de la areola definitiva tras una reconstrucción mamaria.

El objetivo es la creación de areolas en los casos en los que no se haya podido preservar el CAP de la paciente, camuflar cicatrices postoperatorias, corregir asimetrías entre ambos pechos o, simplemente, dar color. De ese modo conseguimos devolver a la mama reconstruida un aspecto lo más natural posible y conseguir simetría con la mama contralateral, potenciando la autoestima de la paciente. Lo cual le permitirá llevar desde una perspectiva más optimista el duro trance que supone sufrir un cáncer de mama y el tratamiento del mismo.

1. GLOBOCAN 2012. International Agency for Research on Cancer. Disponible en:

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

2. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la mama. Guías Clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid 2006. Aran Ediciones S.L.

3. Goh S.C.J., Martin N.A., Pandya A.N, Cutress R.I. Patient satisfaction following nipple-areolar complex reconstruction and tattooing. Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery (2011):64; 360-363

4. Nimboriboontorn, A, Suebwong Ch. "Nipple-Areola complex reconstruction". Gland Surgery 3.1 (2014): 35-42. PMC . Web. 16 de enero de 2018.

RESULTADOS ESPERADOS

Ofrecer a las pacientes con cáncer de mama un tratamiento integral con el objetivo de reducir el impacto en su calidad de vida (física, psicológica y social).

Favorecer el afrontamiento de la paciente ante el proceso de su enfermedad mejorando su imagen corporal y por ende su autoestima.

MÉTODO

Micropigmentación del complejo areola pezón y camuflaje de cicatrices postoperatorias.

INDICADORES

- Número de pacientes intervenidas de cáncer de mama a las que no se les ha podido preservar el CAP/ Número total de pacientes intervenidas de cáncer de mama x 100

- Número de pacientes a las que se les ha realizado micropigmentación del CAP/ Número de pacientes candidatas a micropigmentación del CAP x 100

- Número de pacientes micropigmentadas que han presentado complicación tras la técnica/ Número total de pacientes micropigmentadas x 100

- Grado de satisfacción de la paciente

DURACIÓN

Técnica que ya se realiza en el servicio y con duración indefinida.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0347

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ROSARIO RAMIREZ RODRIGUEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
GINER VIDAL ALICIA PILAR
MIR ADRIAN MARIA TERESA
FANDOS LORENTE SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de un procedimiento consensuado con todos los servicios implicados: a) estandarización del material a utilizar - carro de punciones- b) gestión del material del carro de punciones c) instrucciones sobre recogida de muestras y su procesamiento d) una vez redactado el procedimiento se implantará en todas las plantas e) redacción de un modelo de consentimiento informado que se presentó en la comisión de historias clínicas del centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En nuestro servicio se entrega el consentimiento a todos los pacientes a los que se realiza la toracocentesis desde Enero 2019.
Se implanta un modelo de check-list de reposición del carro de punciones y una tabla de registro de incidencias relacionadas con el procedimiento y consentimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El carro se monta de forma consensuada con equipo multidisciplinar, se revisan y actualizan las indicaciones de toracocentesis y el manejo de las muestras de forma conjunta con los laboratorios implicados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/347 ===== ***

Nº de registro: 0347

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PRACTICA PARA EL PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

Autores:
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO, GINER VIDAL ALICIA PILAR, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, FANDOS LORENTE SERGIO, SANCHO DEL VAL IGNACIO, PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, MIR ADRIAN MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Unificar material necesario, técnica a seguir, correcto procesamiento de muestras para la realización de toracocentesis tanto diagnóstica como evacuadora. Esta técnica la llevan a cabo varios servicios (pneumología, medicina interna, Oncología) utilizando material y adaptando la técnica de forma individual, lo que conlleva en ocasiones a complicaciones en su realización en cuanto a adquisición de material y errores en el envío de muestras.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende con la redacción de una guía consensuada con todos los servicios implicados:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0347

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TORACOCENTESIS

- 1.estandarizar el material a utilizar
- 2.agilizar la preparación del carro de punciones
- 3.correcta recogida de muestras y procesamiento
- 4.unificar criterios sobre la técnica evacuatoria
- 5.tener una referencia para el personal que se vaya incorporando al trabajo de las plantas
- 6.una vez redactada la guía de toracocentesis se implantaría a nivel de todas las plantas
- 7.Redacción de un modelo de consentimiento informado que se presentará en Comisión.

MÉTODO

se informaría al personal de cada planta, en reunión de sesión sobre el contenido de la guía, fotos, video sobre el procedimiento de toracocentesis y mínimo equipamiento del carro.

INDICADORES

Redacción de un formulario de consentimiento informado sobre la técnica que se debe adjuntar cada vez que se realice una toracocentesis de acuerdo con la guía actual incluyendo fecha y tipo de procedimiento (diagnóstico y/o evacuatoria),

DURACIÓN

Junio 2018 a Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1500

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN ARAGONES VILLANUEVA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIDAL MESEGUER ANA PILAR
TENA EJARQUE MARIA DOLORES
ROSELLO SASTRE NURIA
CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA
HERNANDEZ GARCIA ADORACION
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado hojas informativas de recomendaciones al alta sobre diferentes problemas que requieren una continuidad de cuidados al alta del paciente tras un proceso de hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consensuar dichas recomendaciones entre diferentes servicios de hospitalización.
Pendiente de colgarlas en la intranet, a través del programa de Enfermería " Notificación de Movimiento de Pacientes", para el fácil acceso de la enfermera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de revisar protocolos de las diferentes patologías, actualizar nuevas tendencias y consensuar entre los distintos servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1500 ===== ***

Nº de registro: 1500

Título
PROYECTO DE MEJORA SOBRE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, VIDAL MESEGUER ANA, TENA EJARQUE MARIA DOLORES, ROSELLO SASTRE NURIA, CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA, HERNANDEZ GARCIA ADORACION, MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE HOSPITALIZADO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Nos dimos cuenta en hospitalización, la necesidad de unificar recomendaciones por parte de enfermería, al alta de los pacientes ingresados en nuestro Hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar recomendaciones al alta del paciente ingresado.
Facilitar el post.operatorio y/o convalecencia en su domicilio.

MÉTODO
Hemos realizado un programa de reuniones y recopilación de datos para la puesta en marcha de estas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1500

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL ALTA DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

recomendaciones. Un proyecto para la validación de las mismas y su posterior difusión en la Intranet del Sector, para así tener actualizados todas las recoemndaciones y que todo el personal tenga acceso a ellas.

INDICADORES

Realización de recomendaciones al paciente al alta: SI/NO

DURACIÓN

Anual, a finales del 2017, debemos tener todas las recomendaciones hechas y validadas en nuestra Intranet.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE ANA MAURAIN VILORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO ARTAL CARLOS
LECINA GALVE FERNANDO
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
MATA MARTIN JOSE MARIA
YAYA BEAS MANUEL
IGADO INSA PILAR
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo de atención al paciente que se va a someter a intervención quirúrgica de prótesis total de rodilla por un grupo de trabajo. El protocolo abarca desde la acogida del paciente, medidas de profilaxis antibiótica y antitrombótica así como el protocolo de ahorro de sangre, las instrucciones de la intervención, el procedimiento post operatorio y las pautas de movilización.
El protocolo ha sido finalizado, pero está comenzando a implantarse.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Aunque disponemos del protocolo todavía no se tienen resultados dado que llevamos pocos meses de implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos empleado casi un año en la elaboración del protocolo, por lo que necesitamos más meses de implantación para llegar a evaluar resultados de forma concluyente. Estamos estudiando la posibilidad de transformarlo en una vía clínica para ajustar la estancia media.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MAURAIN VILORIA ANA, APARICIO ARTAL CARLOS, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, YAYA BEAS MANUEL, RUIZ MARISCAL MARIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.

La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

MÉTODO

Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.

Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados

- estancia media
- situación funcional al alta
- profilaxis antibiótica
- profilaxis tromboembólica
- protocolo analgesia
- protocolo ahorro de sangre
- reingreso en 30 días

DURACIÓN

La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.

Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MAURAIN VILORIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

APARICIO ARTAL CARLOS
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
YAYA BEAS MANUEL
MATA MARTIN JOSE MARIA
IGADO INSA PILAR
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN
IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. INTRODUCCION

Una vez establecido el nuevo protocolo de actuación en los pacientes intervenidos de PTR, vamos a analizar los resultados obtenidos.

Para ello, además de valorar los resultados globales, dividiremos a los pacientes en dos grupos: los que fueron intervenidos en 2015, en los que no se había implantado el protocolo, y los que han sido intervenidos en 2019, en los que éste, ya está totalmente desarrollado. Obviamos los años intermedios por ser periodos en los que alguna cosa se iba implantando pero no en todos los casos ni en todos los pacientes.

POBLACIÓN DIANA

El protocolo se aplicará a todos los pacientes mayores de 18 años, que ingresen de forma programada para tratamiento quirúrgico de su gonartrosis mediante PTR.

2. PAUTAS DE ACTUACION EN EL PACIENTE QUE INGRESA

A su llegada a planta, al paciente se le deberá actualizar la historia clínica que se le realizó en las consultas externas y comprobar que el preoperatorio está completo.

En todos los casos estudiados se ha comprobado la realización completa de todos los pasos. En ambos grupos a estudio

VALORACIÓN POR PARTE DE ENFERMERIA

- Valoración física, social y cognitiva.
- Gráfica de tratamiento (fluido terapia, tratamiento IV y tratamiento oral).

SONDAJE VESICAL

En el grupo de pacientes intervenidos en 2019 ha dejado de ser un proceso protocolizado, y únicamente se aplica en retenciones agudas de orina o necesidad de control estricto de la diuresis.

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA

Desde el verano de este año 2019, y para mejorar el protocolo de profilaxis antibiótica, que indica que debe ser realizada media hora antes de la intervención, ha dejado de pasarse la antibioterapia IV en la planta, para pasarse con el paciente una vez ha llegado quirófano, y cumplir de esta manera estrictamente con los tiempos indicados.

PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

Realizada en todos los casos, en los dos grupos de pacientes

PROTOCOLO AHORRO DE SANGRE PREOPERATORIO

Se han cumplido en todos los pacientes intervenidos en 2019 las actuaciones preoperatorias de ahorro de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Producto Secuencia
HIERO III SACAROSA 20MG/ML IV A las 21 horas
Acido Fólico 5mg. comp. A las 16 horas
ENOXAPARINA Clexane 40 mg SC A las 22 horas
Lorazepan 1mg. com Si precisa
Omeprazol 20 mg. comp a las 20 horas

3. PROFILAXIS ANTIBIOTICA

PROFILAXIS ANTIBIOTICA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Cefazolina 2 gr IV 30 minutos antes de la intervención y 1 gr cada 8 horas durante 24 h (total 3 dosis postintervención)

En alérgicos: Clindamicina (Dalacin) 600 mg. IV + Gentamicina 1,5 mg/k IV 30 minutos antes de la intervención y cada 8 horas .

Desde hace varios años, y habiendo pasado diversas revisiones en la Comisión de Infecciones de nuestro hospital, este protocolo sigue siendo válido no solo para nuestro Centro, sino para todos los Servicios de Traumatología de la Comunidad de Aragón.

Sigue haciéndose en todos los pacientes sin excepción, por lo que en este apartado, no hay ninguna variación en nuestros dos grupos de pacientes.

4. PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA

Este apartado también lleva instaurado en el hospital, y en la Comunidad de Aragón mucho tiempo, sin que hasta la actualidad haya motivo para cambiarlo.

En nuestros pacientes, los dos grupos, se ha cumplido en todos, tanto las medidas no farmacológicas, movilización precoz y medias de compresión cuando había problemas previos de retorno venoso en extremidades inferiores, como las medidas farmacológicas:

ENOXAPARINA (Clexane) 40 mg subcutáneos

Comenzar al menos 12 horas antes de la intervención.

Al alta, se mantendrá durante 30 días

En el caso de los pacientes con profilaxis antitrombótica previa: Se ha suspendido su tratamiento habitual 1 semana antes de la intervención, y se ha reemplazado por enoxaparina 40 mg. SC cada 24 h.

5. PROTOCOLO AHORRO DE SANGRE

PROTOCOLO DE AHORRO DE SANGRE PARA INTERVENCION DE PTR

- Preoperatorio: Hierro intravenoso: 2 ampollas de Venofer (200mg) intravenosas, en 250cc de suero fisiológico a pasar mínimo en treinta minutos cada 48 horas; en total 3 dosis (calcular déficit y aumentar dosis si precisa).
-Intraoperatorio: Utilización de ácido tranexámico intraarticular. 3 gr/100 ml que serán administrados, la mitad en irrigación tras la colocación de la prótesis y la otra mitad a través del drenaje después de cerrar. El drenaje permanecerá cerrado durante 2 horas.
Postoperatorio: Mantener la volemia con cristaloides y coloides.

Trasfundir concentrados de hematíes en el caso de:

Hb < 8g/dl en paciente previamente sano.

Hb < 9 g/dl en paciente con antecedentes cardiopulmonares.

Hb < 10g/dl en paciente con descompensación cardiopulmonar.

Este protocolo se empezó a instaurar a mediados de 2017, y quedó establecido totalmente desde 2018, por lo que en todos los pacientes en los que médicamente estaba indicado, se ha utilizado ácido tranexámico intraarticular.

En los pacientes intervenidos en 2015, la medida de ahorro de sangre era la colocación de drenajes de recuperación y autotransfusión, que se debía realizar en las 6 primeras horas tras la colocación de la PTR.

En los pacientes del grupo de 2019 en los que estaba contraindicada la administración de ácido tranexámico, se ha recurrido a los recuperadores de sangre.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

6. CUIDADOS POSTOPERATORIOS

De nuevo, el protocolo que se comenzó a instaurar en 2018, se ha cumplido en todos los pacientes intervenidos a partir de esa fecha.

Producto Secuencia
Glucosalino 500 cada 6 h
Potasio Cloruro 1mEq/ml. Amp 10ml cada 6 h
Furosemida 20 mg IV si precisa
Ondansetron 4mg IV si

Sacado de Farmatools. Protocolo postoperatorio de cirugía protésica.

POSTOPERATORIO

DIA 0:
Oxígeno con gafas a 1-3 litros/minuto para sat. de oxígeno mayor o igual a 94.
Diuresis: mañana-tarde-noche.
Tensión arterial:M-T-N. Si es inferior a 130, NO DAR ANTIHIPERTENSIVOS.
Cursar analítica a las 20 h y dos días después.
Cursar Rx para el día siguiente.
Cursar hoja de colaboración a Rehabilitación.

DIA 1
Sentar en cama.
Iniciar pauta de artromotor.

DIA 2
Si la saturación es < 94%, retirar el oxígeno.
Sentar en silla.
Suspender la fluidoterapia, y dejar la vía obturada.

7. MOVILIZACIÓN Y REHABILITACION

La pauta de artromotor ha comenzado el primer día postoperatorio. El arco de flexo-extensión de inicio de de 0/60 grados. La flexión va aumentando 10 grados cada día, hasta llegar al límite de 110.

Y ha comenzado la sedestación a borde cama o en silla también el primer día postoperatorio si las condiciones del paciente no lo han retrasado.

Se ha realizado así mismo en todos los casos, una colaboración con el servicio de rehabilitación, para valoración del paciente y citación en sus consultas al alta hospitalaria.

8. CRITERIOS DE EVALUACION DEL PROTOCOLO

Estos son los indicadores que se propusieron para valorar de forma directa o indirecta el seguimiento del protocolo.

INDICADORES DE RESULTADO
Estancia media
Mortalidad
Reingreso en 30 días
Situación funcional al alta

INDICADORES DE PROCESO
% de pacientes que reciben profilaxis antibiótica
% de pacientes que reciben profilaxis antitrombótica
% de pacientes que requieren transfusión
% de pacientes con dolor, en la escala EVA
Presencia de complicaciones sistémicas

Los resultados se han recogido en una hoja, que se muestra en el anexo .
En el anexo 2 se muestran los indicadores y sus valores.

Anexo 1. RECOGIDA DE DATOS PTR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Número de historia: _____ Iniciales del paciente: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Lado: _____ Dcho. _____ Izdo. _____
 Fumador/a: _____ sí _____ no Bebedor/a: _____ sí _____ no

Enfermedades previas: _____ sí _____ no
 Cardiopatía isquémica _____ Insuficiencia cardiaca _____
 Diabetes mellitus _____ HTA _____
 EPOC _____ ACV _____
 Otras _____

Toma de anticoagulantes orales: _____ sí _____ no

ASA: _____ I _____ II _____ III _____ IV

Intervención: _____ fecha _____
 Anestesia: _____ general _____ espinal _____ bloqueo regional _____
 Protocolo AB: _____ sí _____ no
 Profilaxis antitrombótica: _____ sí _____ no
 Protocolo tranexámico: _____ sí _____ no
 Transfusión: _____ sí _____ no

Prótesis: _____
 Cementada _____ No cementada Híbrida _____
 CR LPS _____ CR + polietileno ultracongruente _____

Complicaciones sistémicas: _____
 Insuf. renal aguda _____ Infecc. respiratorias/neumonía _____
 Hemorragia aguda _____ Insuficiencia cardiaca _____
 IAM _____ Arritmia cardiaca _____
 TVP _____ TEP _____
 ACV _____ Ileo paralítico _____
 Infección urinaria _____

Complicaciones locales precoces: _____
 Hemorragia _____ Lesión nerviosa _____
 Rotura LLI _____ Rotura aparato extensor _____
 Dehiscencia herida _____ Infección superficial _____
 Infección profunda _____

Reintervención durante el ingreso: _____ sí _____ no

Mortalidad: _____ sí _____ no
 En caso afirmativo, días desde el ingreso: _____

Estancia hospitalaria: _____ días

Situación funcional al alta: _____ camina _____ descarga

Dolor al alta: escala EVA _____
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Reingreso en los primeros 30 días: _____ sí _____ no
 Causa:

Anexo 2

PESO	Valor acordado (máxima puntuación)	Valor acordado (mínima puntuación)
Estancia media		
Situación funcional al alta	8 días	10 días
Reingreso a los 30	0 pacientes	2 pacientes
% que recibe profilaxis antibiótica	100 %	90 %
% que recibe profilaxis antitrombótica	100 %	90 %
% que requieren transfusión	10 %	40 %
% con dolor en la escala EVA	1	10
Presencia de complicaciones sistémicas	0 %	4 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Presencia de complicaciones locales 10 % 30 %

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

9. RESULTADOS

NUMERO DE PRÓTESIS INTERVENIDAS

Se han intervenido 76 pacientes PTR en 2015, de las cuales sólo hemos podido recoger datos de 62, por problemas a la hora de hacernos llegar las Historias clínicas. Nos ha parecido un muestra representativa.

Y en el periodo del 1 de octubre de 2018 al 30 de septiembre de 2019 (momento en que se ha dejado de recoger datos para poder analizar los resultados), se han intervenido 99 pacientes de PTR, y hemos podido completar el estudio en 85 pacientes

RESULTADOS DE 2015

Además de los indicadores que se establecieron, se han recogido otros datos, que vamos a detallar a continuación.

Detallaremos resultados globales, resultados por sexos, indicadores de resultado e indicadores de proceso.

Resultados globales:

62 pacientes estudiados
Varones: 24 pacientes (38,7%)
Mujeres: 38 pacientes (61,3 %)
Edad media : 70,7 años
Prótesis lado derecho: 39 prótesis (62,9 %)
Prótesis lado izquierdo: 33 prótesis (39,1 %)
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 11pacientes (17,7 %)
HTA: 38 pacientes
Diabetes Mellitus: 6 pacientes
Dislipemia: 25 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 1 paciente
EPOC: 5 pacientes
ACxFA: 3 pacientes
Hiperuricemia: 3 pacientes
Cardiopatía isquémica: 1 paciente
ACV: 1 paciente
Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes
Hipertrofia benigna de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Varones

Edad media: 69,9 años. (52 años el más joven y 85 la edad más avanzada)
Prótesis lado derecho: 14
Prótesis lado izdo: 10
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 7 pacientes
HTA: 14 pacientes
Diabetes Mellitus: 4 pacientes
Dislipemia: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 1 paciente
EPOC: 1 paciente
ACxFA: 2 pacientes
Hiperuricemia: 1 paciente
Cardiopatía isquémica: 1 paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Insuficiencia renal crónica: 1 paciente
Hipertrofia benigna de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Mujeres

Edad media: 71,5 años. (con un rango de 62 a 82 años)
Prótesis lado derecho: 15
Prótesis lado izdo: 23
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 4 pacientes
HTA: 24 pacientes
Diabetes Mellitus: 2 pacientes
Dislipemia: 17 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
EPOC: 4 pacientes
ACxFA: 1 paciente
Hiperuricemia: 2 pacientes
ACV: 1 paciente
Insuficiencia renal crónica: 1 paciente
Otros resultados:
Tomaban antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes 7 pacientes (11,2%)
A ninguno se le aplicó el protocolo de Tranexámico
A todos se les colocó un drenaje con recuperador de sangre

Indicadores de resultado

Estancia media: 9,4 días (rango de 6 A 40 días)
Mortalidad: 0 pacientes
Reingreso a los 30 días: 0 pacientes
Situación funcional al alta: 100 % caminando

Indicadores de proceso

% profilaxis antibiótica: 100%
% Profilaxis antitrombótica: 100%
% transfusión: 32,2 % (20 pacientes)
% dolor escala EVA: media de 2 en la escala (no dolor)
Complicaciones sistémicas: 1 paciente (1,6%) Neumonía
Complicaciones locales 6 pacientes (9,6%)
* Infec. superficial: 3 pacientes (4,8%)
* Infec. profunda: 1 pacientes (1,6%)
* Reintervención durante ingreso 1 paciente (1,6%)
* Rotura Ligamento lateral interno: 2 pacientes (3,2)

El paciente reintervenido durante el ingreso fue el mismo de la infección profunda. Se le realizó lavado articular y recambio de polietileno.
Fue el único que tuvo una estancia media prolongada (40 días). Los pacientes con rotura LLI se solucionaron durante la misma intervención de colocación PTR.

RESULTADOS DE 2019

Resultados globales:

85 pacientes estudiados

Varones: 43 pacientes (50,5%)
Mujeres: 42 pacientes (49,5 %)
Edad media : 69,6 años
Prótesis lado derecho: 50 prótesis (58,8 %)
Prótesis lado izquierdo: 35 prótesis (41,2 %)
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 6 pacientes (7 %)
HTA: 59 pacientes
Diabetes Mellitus: 13 pacientes
Dislipemia: 23 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 2 pacientes
EPOC: 5 pacientes
Hiperuricemia: 4 pacientes
ACV: 4 pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes
Epilepsia 1 paciente
Hipertrofia benigna de próstata: 5 pacientes
Cancer de colon: 2 pacientes
Cancer de mama: 2 pacientes
Cancer de próstata: 1 paciente

Resultados por sexo: Varones

Edad media : 71,1 años (con un rango de 64 a 81 años)
Prótesis lado derecho: 24 prótesis
Prótesis lado izquierdo: 19 prótesis
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 4 pacientes (4,7 %)
HTA: 26 pacientes
Diabetes Mellitus: 6 pacientes
Dislipemia: 19 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
Alteraciones de la coagulación: 2 pacientes
ACV: 2 pacientes
EPOC: 2 pacientes
Insuficiencia renal crónica: 1 paciente
Cancer de mama: 2 pacientes
Cancer de colon: 1 paciente

Resultados por sexo: Mujeres

Edad media : 68,1 años (con un rango de 46 a 84 años)
Prótesis lado derecho: 26 prótesis
Prótesis lado izquierdo: 16 prótesis
Antecedentes personales previos (sólos o asociados a otro)
Ningún antecedente: 2 pacientes (2,3 %)
HTA: 33 pacientes
Diabetes Mellitus: 7 pacientes
Dislipemia: 18 pacientes
Hipotiroidismo: 8 pacientes
EPOC: 2 pacientes
Hiperuricemia: 4 pacientes
ACV: 4 pacientes
Insuficiencia renal crónica: 2 pacientes
Epilepsia 1 paciente
Cancer de colon: 2 pacientes
Cancer de mama: 2 pacientes
Cancer de próstata: 1 paciente

Otros resultados:

Tomaban antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes 9 pacientes (10,5%)
Se les aplicó el protocolo de Tranexámico a 83 pacientes (97,6%)
A los que no se les aplicó, fue por contraindicación médica y se les colocó un drenaje con recuperador de sangre

Indicadores de resultado

Estancia media: 8,6 días (rango de 5 días a 32)
Mortalidad: 0 pacientes
Reingreso a los 30 días: 0 pacientes
Situación funcional al alta: 96,4% caminando. 3,6% en descarga.

Indicadores de proceso

% profilaxis antibiótica: 100 %
% profilaxis antitrombótica: 100 %
% transfusión: 2,3% (2 pacientes)
% dolor escala EVA: media de 2 en la escala (no dolor)
Complicaciones sistémicas: 1 pacientes (1,1%) Hemorragia digestiva aguda
Complicaciones locales: 9 pacientes (10,5%)
* Infección superficial: 5 pacientes (5,8%)
* Infección profunda: 1 paciente (1,1%)
* Reintervención durante el ingreso: 2 pacientes (2,3%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- * Fasa vía: 1 paciente (1,1%)
- * Dehiscencia de la herida quirúrgica: 1 paciente (1,1%)

Los pacientes que fueron dados de alta en descarga, fueron 3:

- 1 por falsa vía en tibia
- 1 por fractura de rótula postraumático durante el ingreso debido a caída en la habitación
- 1 por notching del componente femoral.

De los 5 pacientes con infección superficial de la herida quirúrgica, 4 fueron dados de alta hospitalaria con antibiótico y a uno de ellos se le reintervino para realizarle un lavado articular y recambio del polietileno.

El otro paciente reintervenido fue el de la infección profunda (lavado+recambio). El germen aislado fue un SARM.

El paciente de la falsa vía tibial corregida durante la intervención, sólo requirió descarga de la extremidad durante un mes, al alta.

El paciente de la desistencia de la herida quirúrgica tuvo una estancia media larga (34 días). Los dos reintervenidos también tuvieron una estancia media larga: 32 y 28 días.

Estos tres pacientes con complicaciones son los que más nos han afectado a la estancia media, ya de por sí mas baja que el el grupo del 2015, Ya que si no los contásemos, la estancia media de este grupo de pacientes hubiese sido de 8,2 días.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión más importante es que estableciendo un protocolo con unas metas que queremos conseguir, y poniéndolo todo el equipo en marcha, se pueden llegar a alcanzar los objetivos como así a sido el caso. Y pensamos seguir manteniendo el protocolo para disminuir sobre todo a ver si es posible, la estancia media en un día más.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/302 ===== ***

Nº de registro: 0302

Título
PROTOCOLOS EN PROTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MAURAIN VILORIA ANA, APARICIO ARTAL CARLOS, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, YAYA BEAS MANUEL, RUIZ MARISCAL MARIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES DEGENERATIVAS DEL APARATO LOCOMOTOR
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a que la artroplastia total de rodilla es una de las intervenciones más frecuentes que realizamos y que el paciente, tanto por su edad que suele ser avanzada, como por la patología concomitante precisa un tratamiento multidisciplinar, hemos decidido realizar un protocolo que comenzaría con el ingreso del paciente en planta y terminaría con el alta hospitalaria, abordando todos los momentos y posibles complicaciones que se pudieran presentar durante ese periodo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0302

1. TÍTULO

PROTOSCOLOS EN PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera conseguir una disminución de la estancia media y una más rápida detección de posibles complicaciones relacionadas fundamentalmente con su patología concomitante.
La población diana serán todos los pacientes que van a ser sometidos a una prótesis total de rodilla.

MÉTODO

Se programará una reunión con los participantes para definir los objetivos y repartir las distintas tareas, cada una con su correspondiente investigación y acompañada de bibliografía.
Tras esta reunión de inicio, se programarán otras reuniones de revisión de resultados y revisión de borradores, antes de su presentación definitiva.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores para evaluar los resultados

- estancia media
- situación funcional al alta
- profilaxis antibiótica
- profilaxis tromboembólica
- protocolo analgesia
- protocolo ahorro de sangre
- reingreso en 30 días

DURACIÓN

La duración de la realización del proyecto será de unos 6 meses.

Una vez que esté aprobado se realizará la primera reunión. y se programará una reunión mensual hasta la fecha de su entrega en el plazo de tiempo previsto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0604

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE ALVARO RIVERA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un sistema de registro propio para gestionar la lista de espera con la finalidad de priorizar las intervenciones de patología tumoral. Dicho registro consta de los datos de paciente, tipo de tumor, tamaño, localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización de diagnóstico histológico previo si hubo, historial de confirmación y cita de resultados. Cada semana se revisa la lista y se priorizan los pacientes a intervenir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el comienzo del proyecto la demora media por tratamiento quirúrgico por sospecha de malignidad ha pasado de más de 2 años a menos de 45 días. El número de pacientes pendientes de intervención por sospecha de malignidad ha pasado de más de 180 a 13 a día 1 de febrero. La demora media de la lista quirúrgica por cualquier causa es de menos de 4 meses.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestro proyecto ha mejorado sensiblemente la equidad del servicio de Dermatología garantizando el tratamiento quirúrgico de la patología tumoral en un plazo corto de tiempo, lo cual supone una importante mejoría en el pronóstico de estas enfermedades, así como disminución de las comorbilidades derivadas del retraso en el tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/604 ===== ***

Nº de registro: 0604

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

Autores:
RIVERA RODRIGUEZ ALVARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El año pasado se detectó un problema con la lista de espera quirúrgica de Dermatología en el Hospital de Alcañiz. Existían más de 180 pacientes pendientes de intervención quirúrgica por sospecha de patología maligna de los cuales algunos llevaban más de dos años esperando. La causa pudiera deberse a que, tradicionalmente, se incluían en quirófano biopsias y exéresis de lesiones dermatológicas que pueden realizarse en la consulta de Dermatología y no se priorizaban las lesiones con sospecha de patología maligna.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0604

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA ACCESIBILIDAD DE LA PATOLOGIA CON SOSPECHA TUMORAL EN LA LISTA DE ESPERA QUIRURGICA DERMATOLOGICA

El objetivo es dar prioridad a la patología tumoral maligna para que esta reciba tratamiento quirúrgico en menos de 45 días.

MÉTODO

En Diciembre de 2017 se creó un sistema de registro propio en un libro dentro de la consulta, en la que se gestiona la propia lista. El registro consta de los datos del paciente, tamaño y tipo de tumor así como localización, fecha de inclusión en lista, fecha de realización, diagnóstico histológico de confirmación y cita de resultados. De esta forma son priorizadas las intervenciones de patología tumoral. Con este método, en lo que va de año, la lista de espera por patología quirúrgica maligna, ha bajado a menos de 60 días.

INDICADORES

Demora media por tratamiento quirúrgico con sospecha de malignidad. Estándar mínimo: < 45 días. Estándar óptimo: < 30 días.

Demora media de la lista de espera quirúrgica por cualquier causa.

DURACIÓN

- Sistema de registro propio: ya creado
- Implementación: Mayo-Diciembre de 2017
- Medición: Monitorización mensual de la lista de espera por patología quirúrgica maligna

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0605

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA FUENTEELSAZ DEL BARRIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Infliximab es un fármaco biológico anti-TNF endovenoso usado en casos de psoriasis grave o eritrodermia psoriásica. Requiere de una unidad de día de Hospitalización. Es un fármaco eficaz aunque se han descrito reacciones infusionales graves. El fármaco se suministra cada 8 semanas y los pacientes pasan aproximadamente una media de 4 horas en el hospital el día que se pone la infusión lo que significa una pérdida laboral de al menos 6 días al año.

En el año 2017 se detectó un problema en el Hospital de Alcañiz en relación con este fármaco; y es que existían muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con la media de otros hospitales de la Comunidad Autónoma de Aragón. Se creyó que este problema pudo deberse a que Infliximab fue el primer fármaco biológico Anti-TNF aprobado para psoriasis grave ya que había algunos pacientes que llevaban más de 10 años con él. En la actualidad existen nuevos fármacos aprobados para psoriasis moderada a grave que no requieren de hospitalización y que el propio paciente se puede inyectar en su domicilio.

Se evaluaron todos los pacientes en tratamiento con Infliximab con diagnóstico de Psoriasis grave en el Servicio de Dermatología del Hospital de Alcañiz. (Total: 19 pacientes). Se revisaron los antecedentes personales y familiares de cada paciente, enfermedades concomitantes, años de evolución de la psoriasis, tratamientos previos antes del inicio de infliximab, curso clínico de la psoriasis, asociación o no con artritis psoriásica y protocolo previo para biológico perfectamente cumplimentado (serologías, Mantoux/ quantiferon, radiografía de tórax, Autoanticuerpos nucleares, antecedentes de neoplasias y enfermedades autoinmunes así como revisión del calendario de vacunaciones). También se evaluó el PASI (Índice de la severidad del área de Psoriasis) del paciente en ese momento, tiempo transcurrido desde el inicio de infliximab y respuesta al mismo atendiendo a PASI previo al inicio del mismo.

Los criterios para la suspensión del fármaco fueron: reacciones graves al fármaco, falta de respuesta al mismo, intercurencia de alguna enfermedad a estudio fundamentalmente de posible etiología infecciosa, positividad de anticuerpos antinucleares y falta de cumplimentación del protocolo previo al inicio del biológico.

Se suspendió el fármaco en varios pacientes por diferentes motivos: falta de respuesta al fármaco (3 casos), reacción infusional grave (1 caso), aparición de enfermedad concomitante inicialmente sospechosa de infección (1 caso), intervención quirúrgica de riesgo moderada a petición de la paciente) (1 caso), positividad de autoanticuerpos antinucleares en los análisis (2 casos), dudas acerca del tratamiento profiláctico previo para tuberculosis en pacientes con prueba de Mantoux/ Quantiferon positivo (3 casos) y dudas acerca de la gravedad o curso clínico de la enfermedad (3 casos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Al 73 % de pacientes que estaban con infliximab se suspendió el fármaco:
-Al 26 % de los pacientes que estaban con infliximab se les sustituyó por otro fármaco: tres pacientes a otro fármaco biológico (ustekinumab), un paciente a un inmunomodulador (apremilast) y 1 paciente a un inmunosupresor (metrotexato).

-Al 47% de los pacientes no se les sustituyó por ningún otro fármaco sistémico y siguen controles en la consulta. Es posible que dada la cronicidad de la enfermedad y episodios agudos de la misma puedan requerir de nuevo un tratamiento sistémico (ciclosporina, metrotexato o acitretino), fototerapia o biológico.
El 27% de pacientes continuaron con el fármaco, siendo sustituido en el 100% de los casos por el biosimilar. El número de reagudizaciones de psoriasis moderada/ grave tras el inicio de la actividad de mejora fueron dos. La reducción del gasto en infliximab/biosimilares 2017-2018 fue de 54.518 euros. La reducción porcentual del gasto en infliximab/biosimilares fue del 68,45%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nuestros criterios de revisión de los pacientes con psoriasis grave han permitido reducir de forma segura el gasto farmacéutico en el caso de Infliximab

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/605 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0605

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Nº de registro: 0605

Título
INTERVENCION SOBRE EL USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO. PACIENTES PSORIASIS GRAVE EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

Autores:
FUENTELESAZ DEL BARRIO MARIA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el año 2017 se detectó el problema de que existen en el Hospital Comarcal de Alcañiz muchos pacientes en tratamiento con Infliximab en comparación con otros Hospitales de la Comunidad Autónoma. Se trata de un fármaco intravenoso que se usa para la psoriasis grave. Su eficacia es alta y su seguridad también aunque se han descrito reacciones infusionales muy graves. Se trata de 19 pacientes, algunos de ellos con más de 10 años en tratamiento. La causa de este problema pudiera ser que Infliximab fue el primer tratamiento Anti- TNF para psoriasis grave. Sin embargo y actualmente, existen otros tratamientos más cómodos para el paciente y que suponen menos gasto dado que no necesitan la Unidad de Hospital de día ni ingreso hospitalario ni pérdida laboral. La consecuencia de este hecho es un enorme gasto farmacéutico.

RESULTADOS ESPERADOS
Reducir el gasto farmacéutico por Infliximab en los pacientes con psoriasis grave, sin producir rebrote de las lesiones de estos pacientes.

MÉTODO
Evaluar los pacientes con psoriasis grave en tratamiento con Infliximab, para ver si deben continuar con este tratamiento o ser sustituido por otro. Además queremos dar paso al biosimilar (Inflectra) para aquellos pacientes que deben continuar con el tratamiento lo que supondría un importante ahorro económico para el Sistema.

INDICADORES
% de pacientes en los que se ha retirado Infliximab
% de pacientes en los que se ha sustituido Infliximab por fármaco biosimilar
Número de reagudizaciones de psoriasis grave tras el inicio de la actividad de mejora
Reducción del gasto farmacéutico por tratamientos biológicos en la psoriasis grave
El objetivo a final de año (2018) es el de haber conseguido disminuir al menos un 50% el gasto farmacéutico que supone este grupo de pacientes respecto a las cifras de inicio del proyecto (2017).

DURACIÓN
El proyecto comenzó a finales de 2017, actualmente se sigue implementando y evaluaremos en Diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0585

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA PILAR LORDA ESPES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORRIOL PALLAS VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Charlas formativas en los principales centros de salud, en el CAP de Alcañiz (10 de abril de 2019) y Andorra (21 de octubre de 2019), donde se informó de la actividad de la consulta, tiempos de demora, motivos de derivación más frecuente, tratamientos no financiados por la seguridad social o que no entran en la cartera de servicios.
2. Patología banal que no precisa revisión ni seguimiento, siendo tratada en consulta como por ejemplo exeresis de nevus benignos, verrugas, se les envió informe de los resultados por correo, evitando revisiones y ocupar huecos de quirofono.
3. Hemos conseguido que la Dra. Lorda realice quirofanos toda la semana
4. Desde octubre de 2019 valoramos los volantes de derivacion de atencion primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se consiguió reducir la lista de espera de 1 año y 4 meses a 1 año, pero debido a que el Dr. Rivera dejó su puesto, reduciéndose el número de dermatólogos a 1 (Dra. Lorda); estando actualmente a 1 año y 4 meses (septiembre de 2018)
Se han dado el alta con informe por correo a 60 pacientes, sacándose de lista quirurgica a 3 pacientes para realizar la actividad quirurgica en consulta al no precisar quirofono para ello.
Con respecto a la lista de espera quirurgica, a diciembre de 2019 se mantiene a una semana, siendo la demora máxima de 3 meses para patologia no urgente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Comenzamos con mucha ilusion los proyecto de calidad, pero al irse el Dr. Rivera, no hemos podido cumplir los quirofanos compartidos para evitar derivaciones a Zaragoza, ha vuelto a aumentar la lista de espera al reducirse el numero de facultativos.

7. OBSERVACIONES.

Es muy dificil en Alcañiz como area de dificil cobertura, poder lograr unos objetivos cuando el personal es temporal ya que los objetivos no se pueden cumplir al reducirse el personal al 50%.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/585 ===== ***

Nº de registro: 0585

Título
INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LORDA ESPES MARTA, RIVERA RODRIGUEZ ALVARO, CORRIOL PALLAS VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: lista de espera quirúrgica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente el servicio de Dermatología tiene un tiempo de demora de asistencia en primeras visitas de 1 año y 4 meses y en segundas visitas o revisiones de 6 meses a 1 año (buzón de 354 pacientes) según la patología y 45 pacientes pendiente de intervenir quirúrgicamente, lo que, consideramos que es el problema principal de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0585

1. TÍTULO

INTERVENCION SOBRE LA LISTA DE ESPERA DEL SERVICIO DE DERMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

nuestro servicio con todas sus implicaciones ético-legales. Como hipótesis causales consideramos que es bien sabido, actualmente, la dificultad para cubrir ciertas plazas de facultativos especialistas en áreas de difícil cobertura, algo sobre lo que no podemos actuar desde nuestra consulta, otras causas que pueden influir son los criterios de derivación desde atención primaria, que en ocasiones consideramos que pueden ser mejorables (por ejemplo derivaciones para revisión en pacientes con patología banal, derivación para tratamiento quirúrgico de procesos que no entran en cartera de servicios...), o la organización interna de la consulta (recitaciones para entregar resultados en pacientes que no requieren modificación del tratamiento). La disminución de la lista de espera creemos que podría permitir aumentar la actividad quirúrgica un día a la semana.

RESULTADOS ESPERADOS

- * Reducir el tiempo de demora de asistencia en primeras y segundas visitas
- * Reducir la lista de espera de pacientes pendientes de intervención

MÉTODO

1. Charlas formativas en los principales centros de salud sobre dermatología, en la que se aborden los motivos de derivación a la consulta, crear vías de acceso rápidas al especialista, revisión de los procedimientos quirúrgicos que no entran en cartera de servicios... En estas reuniones los médicos de atención primaria conocerán la actividad de la consulta, que patología atendemos en el área de salud, cual es la más frecuente y como se debe abordar desde la consulta de atención primaria, motivos de derivación a urgencias del hospital de Alcañiz, qué patología es subsidiaria a tratamiento quirúrgico en nuestro centro y cual se deriva a Zaragoza. Insistiremos en la patología benigna banal y derivada del envejecimiento que la cartera de servicios de la seguridad social no financia su tratamiento y es motivo frecuente de consulta así como que patologías pueden tratar desde atención primaria. Establecer una vía de acceso rápida a nuestra consulta para los casos complejos y graves.

2. Reorganización de consulta: los pacientes con patología banal en los que se realizan técnicas diagnósticas y no precisan revisión ni modificación del tratamiento, no se recitarán en consulta para entregar resultados, sino que se enviarán los resultados con breve informe por correo. Aquellos pacientes en los que se aprecia a través de la prueba diagnóstica que van a requerir revisión se les dará cita en la consulta

3. La incorporación al servicio de un dermatólogo con actividad de 5 jornadas semanales, ayuda a disminuir las listas de espera, pero aumenta la lista quirúrgica al aumentar el número de diagnósticos de patología tumoral por lo que consideramos que debería aumentar la actividad quirúrgica de la Dra. Lorda a 1 quirófano/semanal. Así como el realizar un quirófano conjunto de ambos dermatólogos para realizar intervenciones quirúrgicas de mayor envergadura y evitar desplazamientos a los pacientes con los costes que su pone para ellos.

INDICADORES

Reducción del tiempo de demora en la asistencia en primeras visitas en consultas de dermatología (en días)

- * Reducción del tiempo de demora en la asistencia en segundas visitas en consultas de dermatología (en días).
- * Reducción de la lista de espera de pacientes pendientes de intervención (Número de pacientes pendientes de intervención).

DURACIÓN

*MAYO- JUNIO: Sesiones clínicas en los principales centros de salud del sector

* ABRIL: Reorganización de la consulta de dermatología

* ABRIL: Incremento de la actividad quirúrgica 1 día a la semana

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1168

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TURON ALCAINE JOSE MARIA
SOLANO SANCHEZ MARINA
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un procedimiento de indicaciones de diagnóstico y tratamiento de la infección por Helicobacter pylori que incluía:

- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba. En el caso de Cantavieja hubo que consensuar circuito específico con el Hospital Obispo Polanco de Teruel.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación

Se difundió el documento en la Junta Técnico Asistencial en Atención Primaria creando un formato específico

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Test solicitados: 282. Muestreo aleatorio 30 casos. Implantación heterogénea: no se han recibido solicitudes de cinco centros de salud.

% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes: 76,6% + 14,3%. La causa más frecuente de incumplimiento son: solicitud sin endoscopia en pacientes con síntomas de nueva aparición mayores de 55 años. En un caso se trató de una paciente en edad pediátrica a la que se le solicitó por dolor abdominal en ausencia de enfermedad ulcerosa. También es de reseñar un caso en el que tras tratamiento erradicador con OCAM que no funcionó, se volvió a indicar otra vez la misma pauta.

Vamos a volver a formar insistiendo especialmente en estos puntos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se está utilizando sin problemas por más de la mitad del sector, sin embargo, no se han recibido solicitudes de 5 de los centros de salud. Preocupa especialmente la indicación del test en mayores de 55 años con síntomas de nueva aparición que puedan esconder patología neoplásica. Puede constituir un proyecto de mejora para 2018 en algunos centros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1168 ===== ***

Nº de registro: 1168

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1168

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ERRADICADOR DEL HELICOBACTER PYLORI EN ATENCION PRIMARIA EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

En este momento no está establecido en Atención Primaria del sector de Alcañiz un procedimiento de investigación de Helicobacter pylori en la patología gastroduodenal. Los pacientes se tratan empíricamente y no se verifica su erradicación, lo que no se corresponde con la evidencia recogida en las guías

RESULTADOS ESPERADOS

Introducir la determinación de Helicobacter pylori en Atención Primaria de acuerdo a los criterios de indicación establecidos en las guías. Actualizar los protocolos de erradicación de Helicobacter a lo dispuesto en el Consenso Español sobre el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:

- Indicaciones de investigación de Helicobacter pylori y criterios de exclusión
- Diseño de circuito para la organización de la realización, transporte y recogida de la prueba.
- Actualización de las pautas de tratamiento
- Especificaciones sobre la investigación de la erradicación

INDICADORES

% de pacientes con test del aliento solicitado y con criterios de indicación presentes

Valor a alcanzar 100%

Límite inferior 80%

Límite superior 100%

DURACIÓN

La elaboración del proyecto se llevará a cabo de forma inmediata con su implementación posterior.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0522

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE ELENA MARTINEZ CRESPO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACARTA GARCIA PEDRO
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se elaboró un documento (volante de solicitud) en papel en el que se recogen las indicaciones aceptadas para la realización de una gastroscopia y una colonoscopia.
- Diseño de un circuito para la derivación del volante hasta Endoscopias Digestivas, valoración por parte del especialista, envío de la citación al paciente.
- Se difundió el documento en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria.
- Al poco tiempo, se consideró más ágil realizar la petición vía interconsulta virtual sin renunciar que se pudiera enviar con el volante.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han podido evaluar directamente los indicadores inicialmente previstos ya que el volumen de peticiones recibidas desde Atención Primaria mediante volante ha sido muy escaso debido a que al poner en marcha la Interconsulta Virtual las solicitudes se han realizado por esta vía. Desde nuestro servicio se responde enviando la citación con una hoja informativa al paciente en el caso que se considerara indicada la endoscopia. Por esta vía se han realizado en nuestro servicio unas 350 colonoscopias y 120 gastroscopias aproximadamente lo que supone aproximadamente el 19% de las colonoscopias y el 14% de las gastroscopias realizadas en nuestra unidad en el año 2018. Las indicaciones más frecuentes fueron disfagia y dispepsia de reciente aparición en mayores de 55 años o refractaria a tratamiento en el caso de las gastroscopias y sangre oculta en heces positiva y antecedentes familiares de cáncer colorrectal en de las colonoscopias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Si bien el éxito de la interconsulta virtual ha hecho innecesario nuestro volante, es evidente que el proyecto ha conseguido su objetivo que era ofertar el servicio de endoscopias para Atención Primaria, evitando el paso previo por la consulta presencial como ocurría anteriormente, igualando al Sector de Alcañiz con el resto de sectores del Salud que ya incluían esta prueba en la cartera de servicios de Atención Primaria. El volante ha servido sobre todo para difundir las indicaciones de endoscopia en atención primaria. Esta experiencia nos hace pensar que para futuras inclusiones en la cartera de servicios de Atención Primaria de técnicas complementarias realizadas por Atención Especializada, la Interconsulta Virtual y circuitos de derivación a través de las herramientas que se pueden desarrollar mediante el Curso clínico y la petición electrónica, que en la actualidad está implementando el SALUD en los diferentes Sectores, podría sustituir al papel como mecanismo preferente de comunicación entre Atención Primaria-Atención Especializada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/522 ===== ***

Nº de registro: 0522

Título
SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTINEZ CRESPO ELENA, LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0522

1. TÍTULO

SOLICITUD DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA ATENCION PRIMARIA

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y Objetivos de la unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En este momento no está incluida en la cartera de servicios de Atención Primaria en el sector de Alcañiz la posibilidad de solicitar endoscopias digestivas por indicación del médico de familia. A los pacientes se les remite a la consulta de Digestivo lo que sobrecarga la consulta y aumenta la demora de las consultas. Además desde la introducción de la interconsulta virtual se indica virtualmente la necesidad de realizar derivación para endoscopia cuando no se dispone de volante para ello

RESULTADOS ESPERADOS

Introducir la oferta del servicio de endoscopia digestiva a Atención Primaria mediante la creación de una hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas en el Sector de Alcañiz de acuerdo a las indicaciones aceptadas en las principales guías de práctica clínica.
Reducir las derivaciones a la consulta externa de digestivo.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de actuación en Atención Primaria que incluya:
- Hoja de solicitud de Endoscopias Digestivas tipo formulario para la solicitud de gastroscopia y colonoscopia en el que se desglosen las indicaciones comúnmente aceptadas.
- Diseño de un circuito para la derivación de la solicitud, valoración por parte del especialista y citación de la prueba por parte del Servicio de Citaciones del Hospital

INDICADORES

% de solicitudes de Endoscopias Digestivas desde Atención Primaria realizadas por esta vía frente a las vías anteriores (Interconsulta Virtual y derivación a consultas externas).
% de solicitudes de Endoscopias Digestivas con indicación incorrecta

DURACIÓN

La hoja de derivación ya está elaborada.
May-Junio: Difusión a Atención Primaria.
Diciembre: Medición resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN
MARTINEZ ARIÑO MANUELA
VIDAL MESEGUER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo en el que se incluyó:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación.
- Elaboración de hoja "Checklist" para rellenar por el personal de enfermería de Endoscopias Digestivas previamente a la realización de la técnica.
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones relacionadas con el procedimiento.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones más frecuentes de la sonda de gastrostomía.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma previsto incluía comenzar a implementar el protocolo en Junio de 2018 con las gastrostomías realizadas en la unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital de Alcañiz, sin embargo debido al escaso volumen de procedimientos realizados durante ese periodo en nuestro Sector creemos más adecuado prorrogar el proyecto y evaluarlo en 2019 ya que no se han podido evaluar los indicadores previstos (% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía y % de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se solicita prorrogar el proyecto durante 2019 para poder evaluar de manera más adecuada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/617 ===== ***

Nº de registro: 0617

Título
PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, VERDES SANZ GUAYENTE, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, VIDAL MESEGUER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.

Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el que queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo en el que se incluya:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo "Checklist".
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

INDICADORES

% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía.
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

DURACIÓN

MAYO-JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN
ENERO 2018. MEDICIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN
MARTINEZ ARIÑO MANUELA
VIDAL MESEGUER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un protocolo asistencial disponible en la intranet del Sector, que no incluye en la memoria por cuestiones de espacio, para consulta por todo el personal en el que se incluyó:

- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación.
- Elaboración de hoja "Checklist" para rellenar por el personal de enfermería de Endoscopias Digestivas previamente a la realización de la técnica (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones relacionadas con el procedimiento.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones más frecuentes de la sonda de gastrostomía.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).
- Elaboración de díptico informativo para pacientes/familiares (también disponible como documento aparte en la intranet del Sector).

A fin de implementar de la mejor manera posible el protocolo se habló directamente con las supervisoras de las plantas de hospitalización para intentar difundir entre su personal la necesidad de la cumplimentación del checklist previo a la colocación de la GEP así como se unificó tanto las hojas con la pauta para el inicio de la nutrición como las hojas informativas para el paciente/familiar haciendo desaparecer hojas antiguas, heterogéneas que existían en las plantas de hospitalización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cronograma previsto incluía comenzar a implementar el protocolo en Junio de 2018 con las gastrostomías realizadas en la unidad de Endoscopias Digestivas del Hospital de Alcañiz, sin embargo debido al escaso volumen de procedimientos realizados durante ese periodo se decidió solicitar la prórroga del proyecto durante el año 2019. Aún con todo el volumen total de procedimientos en estos dos años es escaso. Para la obtención de los datos se ha realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas, con el hándicap que ha supuesto ya que en el Hospital de Alcañiz las historias clínicas físicas de los pacientes se envían a Zaragoza para su custodia. En global se colocaron 11 gastrostomías endoscópicas percutáneas todas ellas realizadas con éxito técnico, de acuerdo a los indicadores propuestos para evaluar el proyecto sólo recibimos la hoja de comprobación rellena en el 27% de los procedimientos y se había derivado a Endocrinología para la correcta indicación de la nutrición enteral al 54% de los pacientes; en este último caso sí que se ha observado una tendencia a la mejora en el tiempo en este indicador ya que los últimos 4 pacientes a los que se colocó una GEP fueron derivados a la consulta de Endocrinología o recibieron las pautas por su parte antes del alta hospitalaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En general, estamos satisfechos con el resultado sobretodo en cuanto a haber conseguido la uniformidad en el hospital a la hora de manejar a los pacientes a los que se les va a realizar una GEP tanto previamente al procedimiento, con el checklist, como a la hora de iniciar la nutrición, la mayoría ya son valorados por Endocrinología, y posteriormente a la hora de informar a los pacientes mediante la hoja/díptico informativa. No estamos conformes con el porcentaje de pacientes que tienen el check list cumplimentado por lo que consideramos que debemos realizar alguna actividad (pej. sesiones) en las plantas de hospitalización para mejorar en este aspecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/617 ===== ***

Nº de registro: 0617

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0617

1. TÍTULO

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

PROTOCOLO HOSPITALARIO DE GASTROSTOMIA ENDOSCOPICA PERCUTANEA

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, VERDES SANZ GUAYENTE, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, VIDAL MESEGUER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aunque la gastrostomía endoscópica percutánea se realiza desde hace 11 años en el hospital se han detectado de manera recurrente diversas incidencias que influyen negativamente en la unidad de aparato digestivo. En cuanto a los requisitos y cuidados previos del paciente se han tenido que postponer colocaciones de sonda de gastrostomía por la no cumplimentación de los consentimientos informados en pacientes tutelados hasta que se ha localizado a los tutores de los mismos. También se han producido retrasos en su colocación, que afectan a la programación diaria de la sala de endoscopias digestivas, por no haberse realizado la correcta profilaxis antibiótica. Asimismo el servicio de Digestivo es consultado frecuentemente acerca de qué nutrición iniciar y del tiempo adecuado para iniciar por la sonda.

Si bien existen varias hojas informativas relativas a los cuidados posteriores a la colocación de la sonda de gastrostomía endoscópica percutánea que se usan en las diferentes unidades de enfermería del hospital, en la actualidad no existe ningún protocolo en el que queden reflejadas las indicaciones del procedimiento, los cuidados necesarios previos al mismo, los cuidados de la sonda posteriores a su colocación o la pauta de nutrición enteral tras la colocación de la sonda, aspectos que se pretenden aclarar y definir en este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Homogeneizar las actuaciones a nivel hospitalario antes y después de la colocación de una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo en el que se incluya:
- Indicaciones y contraindicaciones de la técnica
- Cuidados y requisitos previos a la colocación. Elaboración de hoja a modo "Checklist".
- Acogida del paciente en la unidad de endoscopias digestivas y descripción de la técnica.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.
- Pauta de inicio de la nutrición enteral por la sonda.
- Descripción y actuación frente a las complicaciones inmediatas más frecuentes.

INDICADORES

% de pacientes con hoja de comprobación rellena previa a la realización de la gastrostomía.
% de pacientes derivados a Endocrinología para valoración de las necesidades nutricionales al alta.

DURACIÓN

MAYO-JUNIO: ELABORACIÓN DEL PROCEDIMIENTO
JULIO-DICIEMBRE: IMPLEMENTACIÓN
ENERO 2018. MEDICIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1427

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO LACARTA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SOLANO SANCHEZ MARINA
MARCEN ECHANDI BEATRIZ
MARTINEZ CRESPO ELENA
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
MARTINEZ ARIÑO MANUELA
RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN
PRADES SABADO CARMEN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En primer lugar, se ha elaborado un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios en el que se incluye la modificación del circuito sucio-limpio de la sala de lavado, si bien la implementación del mismo se ha retrasado según el calendario previsto ya que, tal y como se describía en el proyecto, era necesaria la realización de una obra en la sala de lavado que se realizó en dos tiempos, Septiembre y Noviembre de 2019. Una vez realizada la obra en la que se pudo sacar el almacén de la sala de lavado y estructurar de manera diferente tanto las pozas como las encimeras ya se pudo definir más claramente una zona de limpio y otra de sucio. A continuación resumiré el proceso de limpieza y desinfección.
Una primera fase de pre-limpieza llevada a cabo en la propia sala de endoscopias en la que se realiza un lavado externo mediante arrastre con un paño mojado en detergente enzimático así como un aspirado de detergente enzimático a través del canal de trabajo. Se transporta el endoscopio y los accesorios (válvulas, tapones) en una bandeja a la sala de lavado.
Allí se realizará un cepillado de los canales internos y de los accesorios. Los accesorios son introducidos en una bandeja con jabón enzimático. A continuación se inserta el endoscopio en la lavadora, se conectan los conexiones y se realiza el test de fugas. Se produce un lavado automático en el que se actúan de manera consecutiva tres productos, activador, detergente y desinfectante. Tras el lavado automático se realiza un secado con aire a presión y se coloca el endoscopio en la zona limpia para su posterior almacenamiento.
En cuanto al control periódico y sistemático de las medidas de desinfección las muestras se tomarán después del proceso de desinfección con una frecuencia de muestreo cada 3 meses. Las muestras se realizarán al aclarado de los procesos de desinfección de las lavadoras automáticas. Se tomarán 2 muestras de 100 ml con una jeringa estéril del agua de aclarado final. Las muestras se enviarán en recipientes estériles cerrados y etiquetados indicando claramente el punto de toma de muestra.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los indicadores previstos para la medición de resultados decir que no se ha identificado ninguna infección nosocomial relacionada con la realización de una endoscopia. Hemos tenido dificultad a la hora de realizar los cultivos de los equipos ya que desde el laboratorio de microbiología nos han trasladado la imposibilidad de realizarlos por lo que estamos trabajando para poder enviarlos a otro centro para su análisis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra opinión la inexistencia de un protocolo de limpieza y desinfección hacía muy necesaria la elaboración del mismo. Además el circuito de limpieza estaba completamente desactualizado. Al sacar el almacén de la sala de lavado se ha conseguido el espacio suficiente para obtener una zona de sucio y otra de limpio bien diferenciadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1427 ===== ***

Nº de registro: 1427

Título
PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Autores:
LACARTA GARCIA PEDRO, SOLANO SANCHEZ MARINA, MARCEN ECHANDI BEATRIZ, MARTINEZ CRESPO ELENA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, MARTINEZ ARIÑO MANUELA, RODRIGUEZ GINER MARIA CARMEN, PRADES SABADO CARMEN JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1427

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION EN ENDOSCOPIA DIGESTIVA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La endoscopia digestiva es una técnica de la medicina que se ocupa y desarrolla la capacidad de mirar el interior del tubo digestivo, a través de los orificios naturales, para establecer el diagnóstico de eventuales alteraciones y la posibilidad de tratarlas. El avance tecnológico y la complejidad del diseño de los aparatos requieren de un apropiado procesamiento de los endoscopios y los materiales accesorios para garantizar la ausencia de riesgo de transmisión de infecciones. En este sentido existen normas y recomendaciones de desinfección cuyo incumplimiento es el factor más importante asociado con la transmisión de infecciones tras la endoscopia digestiva. En nuestra unidad en los últimos años se ha venido desarrollando el proceso de desinfección según estándares que creemos que se han quedado desactualizados. Por ello con este proyecto pretendemos crear un procedimiento de limpieza y desinfección de los endoscopios, adaptado a la limitación espacial que tenemos en la unidad de endoscopias digestivas del hospital de Alcañiz e implementar un control de calidad de los aparatos que en este momento no se realiza de manera sistemática.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar la aparición de infecciones tras la realización de endoscopias. Crear un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios e implementar un control de calidad de los aparatos que asegure la correcta desinfección de los mismos.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de limpieza y desinfección de los endoscopios en el que se incluya.
- Creación de un circuito sucio-limpio en la sala de lavado para lo que se hace necesaria la realización de una obra en la sala de endoscopias.
- Definición y descripción del proceso de limpieza y desinfección de los endoscopios. Prelimpieza, en sala de endoscopias (retirar restos orgánicos, aspirado enzimático...), limpieza manual (lavado exterior del endoscopio, cepillado de orificios y canales...), lavadora desinfectadora (perfusión de solución desinfectante, secado con pistola de aire a presión...), almacenaje.
Elaboración de un protocolo para el control periódico y sistemático de las medidas de desinfección. Realización de cultivos microbiológicos de los endoscopios, las máquinas desinfectadoras y el agua de uso en endoscopia.
Descripción de la metodología para la recogida de muestras para cultivo microbiológico.

INDICADORES

- Infecciones nosocomiales relacionadas con la endoscopia digestiva x100 /Número de pacientes a los que se ha realizado endoscopia digestiva
- Número de cultivos microbiológicos en los que se detecta un recuento de colonias superior a 20 UFC/canal y/o crecimiento de microorganismo indicador (Enterobacterias, Ps. Aeruginosa y Staphylococcus) x 100/ Número de cultivos microbiológicos realizados en endoscopios.
- Nº de cultivos realizados en endoscopios x 100/ Número de cultivos de endoscopios previstos (trimestral)

DURACIÓN

Mayo 2019: Elaboración del protocolo de limpieza y desinfección
Junio-Noviembre 2019: Implementación
Diciembre 2019: Medición de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENS PALANCA MARIA DOLORES
DOMINGUEZ FUERTES JULIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha realizado revisión bibliográfica y se ha elaborado un procedimiento de screening de cáncer de cérvix en el sector, que se ha consensado con el servicio de Ginecología.
- Se han realizado sesiones en los centros explicando el proyecto.
- Se ha incluido el indicador de evaluación dentro del contrato de gestión de las matronas de los centros de salud y de la Unidad Básica de Orientación Familiar.
- Se ha introducido el registro de OMI-AP en la Unidad Básica de Orientación Familiar del sector.
- Se ha ampliado la plantilla de matronas a partir de una plaza no cubierta y se ha reorganizado la distribución de los centros que atienden.
- Queda pendiente la introducción de la prueba de VPH en el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- % de pacientes entre 30-65 años a las que se ha realizado al menos una prueba VPH/citología en los últimos 5 años. Sector: 35,42% (Estándar propuesto 2017: 20-30%) (Rango 19-54%).
- Falta el otro indicador : % de pacientes entre 25-30 años a las que se ha realizado al menos una prueba de citología en los últimos 5 años 26%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos han superado nuestras expectativas en la mayoría de los centros. Queda pendiente la introducción de la técnica de VPH. La cobertura en pacientes entre 25 y 30 años es casi 10 puntos inferior al de las pacientes de más de 30. Vamos a continuar el proyecto hasta que se establezca el crecimiento de la prevalencia, momento en que iniciaremos una actividad de captación sistemática de la población a través de los registros de OMI-AP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1116 ===== ***

Nº de registro: 1116

Título
ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ DE MENDIBIL ASTONDOA ROBERTO, AGUD CARDONA MONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Actualmente se realiza una estrategia de captación oportunista, lo que según la bibliografía suele tener resultados inferiores a la captación sistematizada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1116

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE CAPTACION POBLACIONAL DE LA ACTIVIDAD DE SCREENING DE CANCER DE CERVIX EN EL SECTOR ALCAÑIZ

-Hemos estimado, a partir de las citologías, que solo un tercio de las citologías del sector es realizado por las matronas de atención primaria, lo que implica la infrautilización de un recurso, así como la sobreutilización de la consulta del ginecólogo lo que se traduce en un problema de inequidad. (No sabemos la cobertura de citologías a partir de OMI-AP como se nos mostraba hace años). La captación sistematizada permitiría conducir a las pacientes a la consulta de la matrona en lugar de a la del ginecólogo reduciendo las visitas a las consultas del médico de atención primaria en busca de volante y las visitas al ginecólogo (también los desplazamientos de pacientes desde su localidad de residencia hasta Alcañiz).

-Desde hace varios años nuestro sector solo tiene un anatomopatólogo, a pesar de repetidos intentos de contratar otro anatomopatólogo más no se ha conseguido hasta la fecha. Este déficit estructural se compensa con apoyo externo, pero cada vez se retrasa más la recepción de los informes de anatomía patológica

-La sensibilidad de la prueba de VPH en mujeres entre 30-65 años ha mostrado mayor sensibilidad que la citología, aunque menos especificidad, y tiene un valor predictivo negativo del 99%. Además en otros sistemas sanitarios ha mostrado su coste-efectividad. La negatividad de esta prueba a esta edad hace que la siguiente revisión sea a los cinco años en lugar de a los tres años.

RESULTADOS ESPERADOS

-Incrementar la cobertura de la actividad de screening de cáncer de cervix en el sector de Alcañiz y con ello reducir la incidencia de cáncer de cervix avanzado.

-Incrementar la eficiencia y la equidad en las consultas de ginecología reduciendo la demanda preventiva para mejorar la accesibilidad y la dedicación en las pacientes con patología establecida.

-Incrementar la accesibilidad de los pacientes al servicio evitando desplazamientos

-Incrementar la eficiencia de la actividad de las matronas en Atención Primaria, aprovechando todo su potencial.

-Reducir la carga de informes de citologías del servicio de Anatomía Patológica redundando en una mejora de la calidad del trabajo del citado servicio y en la accesibilidad a los informes de anatomía patológica de todo el sector.

MÉTODO

Realización de las actividades de detección de cáncer de cervix en las consultas de matronas de los centros de salud e implantación de la prueba del VPH de acuerdo a las guías de práctica clínica de referencia. Consideramos un período de implantación progresiva: Al principio planteamos el reparto de folletos en las consultas de ginecología informando a las pacientes de la implantación de un nuevo método de detección precoz del cáncer de cervix que mejora la calidad del diagnóstico por citología y de que cuando vayan a pedir la revisión serán derivadas a la consulta de la matrona del centro de salud que es quien realiza la prueba. Desde el centro de salud se ofrecerá la posibilidad de realizar la citología o detección del VPH en las consultas de matronas evitando desplazamiento y entregándoles el folleto. De esta forma tras un período de transición captaremos a las pacientes que van habitualmente al ginecólogo y tendremos registros en OMI-AP que servirán para hacer los listados de las pacientes que les toca cada año, que serán avisadas por carta.

Se comunicará la actividad en el consejo de salud.

Se realizará una sesión formativa en los centros de salud.

El previsible aumento de la demanda de las matronas exige que nos planteemos recuperar la plaza de matrona de Cantavieja que tenemos en plantilla aunque sin cubrir para poder reestructurar los cupos de TIS de forma más homogénea.

INDICADORES

Definición del indicador % de pacientes

% DE PACIENTES ENTRE 30-65 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA VPH/CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

% DE PACIENTES ENTRE 25-30 AÑOS A LAS QUE SE HA REALIZADO AL MENOS UNA PRUEBA de CITOLOGÍA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Fuente de Datos: OMI-AP

Valor a alcanzar A determinar en función de los primeros cortes

DURACIÓN

Se prevé la implantación progresiva en un período de 3 años.

Fecha prevista de inicio: Enero 2017 y finalización del proyecto: 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0682

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
BONO LAMARCA MARIA TERESA
BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA
VIDAL MESEGUER ANA
FRAGA MILIAN CARMEN
REAL CORDERO ESPERANZA
ABAS VILA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar flujograma de actuación/ instrucciones con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
3. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.
4. Estandarizar los instrumentos de supervisión para el supervisor de enfermería en las distintas Unidades Clínicas
5. Recoger la información específica del Hospital que no está contemplada en los procedimientos de niveles superiores.
6. Unificar criterios de actuación entre el personal de la Dirección de Enfermería
7. Fortalecer la supervisión de enfermería para permitir así un mayor aprovechamiento de los recursos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado un Manual del supervisor, en el que se pretende facilitar el trabajo a la supervisora en las distintas unidades clínicas y el trabajo de la supervisora de guardia, que en la mayoría de ocasiones requiere una actuación de resolución rápida.
Es objeto del mismo, todas las supervisoras de enfermería del Hospital de Alcañiz y las supervisoras de guardia. Como indicadores, teníamos principalmente la realización del Manual, además de crear con las supervisoras un listado de las funciones de estas, a realizar en la guardia. Y detectar las situaciones de urgencia, en las cuales requieren una actuación rápida y ágil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este manual es una herramienta de trabajo indispensable para la supervisora de enfermería de Unidad, y también para la supervisora de enfermería de guardia. Ambas a lo largo de su turno de trabajo y más si cabe en las guardias, deben de responder con rapidez y agilidad a determinadas situaciones. Situaciones encaminadas a la gestión de personal, gestión de materiales, gestión de camas, actividad asistencial.
Todas estas actividades, van dirigidas con un único fin y es la atención a nuestros pacientes. Como un total de actividades encaminadas hacia la seguridad clínica de pacientes. Por ello nos hemos dado cuenta de lo útil y rápido que nos sirve en un momento de urgencia, el disponer de este documento y que se minimice la variabilidad de criterios entre las supervisoras.
Con este proyecto, nos hemos dado cuenta de situaciones en las que nos encontramos enfermería, y que nos ayudaría mucho determinadas herramientas para la sostenibilidad en nuestro hospital, por lo que lo plantearemos en la siguiente convocatoria de proyectos de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/682 ===== ***

Nº de registro: 0682

Título
MANUAL DEL SUPERVISOR

Autores:
LARA GARRIDO ANGELA, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, BENEDICTO FUERTES MARIA TERESA, FRAGA MILIAN CARMEN, VIDAL MESEGUER ANA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, BONO LAMARCA MARIA TERESA, ABAS VILA VICTORIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0682

1. TÍTULO

MANUAL DEL SUPERVISOR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: seguridad clínica
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente el/la supervisora de la unidad afronta muchos quehaceres varios a lo largo de la jornada. Actividades relacionadas con lo asistencial, con la gestión de materiales, con la gestión de personal, con suministros, cocina... esta variabilidad hace que sean muchas las actividades que tiene que "controlar" y saber actuar de manera rápida. Por lo que nos vemos en la necesidad de realizar un Manual del Supervisor en el que queden registradas las actividades y su flujograma de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar un listado de las actividades más comunes en el trabajo.
2. Desarrollar un flujograma de actuación.
3. Registrar las funciones del supervisor de guardia y actividades menos comunes que pueden presentar problemática de actuación.
4. Mantener información permanente con todos los supervisores.
5. Manejar situaciones difíciles con garantía de solución justa y acertada a los problemas.

MÉTODO

1. Mantener información permanente con todos los supervisores.
2. Realizar reuniones semanales a la salida de las guardias semanales y registrar las actividades "inusuales" realizadas en las guardias.
3. Realizar flujograma de actuación con las actividades que presenten mayor problema de realización, bien por complejidad, por falta de medios...
4. Crear un listado con las situaciones difíciles a solucionar en las guardias.

INDICADORES

- Realización del manual del supervisor.
- Crear listado de actividades más inusuales y su flujograma de actuación.
- Crear listado de funciones del supervisor de guardia.

DURACIÓN

Anual, empezaremos a lo largo del mes de junio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0937

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE ANGELA LARA GARRIDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO TRIANA YARA MARIA
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
FRAGA MILIAN CARMEN
ABAS VILA VICTORIA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
PALOMAR JOVEN MARTA
LORENTE GARCIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza formación en los supervisores de los distintos servicios para el adecuado registro de los libros de estupefacientes.

Se han comprado libros nuevos de registro de estupefacientes.

Se han realizado auditorias, para comprobar la cumplimentación correcta de los mismos. A lo largo del 2020, se realizarán nuevas auditorias en los distintos servicios. Nos falta la realización del procedimiento de gestión de estupefacientes, que según nuestra planificación será en el primer semestre del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la evaluación en el 2018 de los libros de estupefacientes y la comprobación de que determinados campos del libro no estaban cumplimentados correctamente, nos vimos en la tesitura de realizar este proyecto. A lo largo de este año, hemos ido comprobando como los registros han mejorado sustancialmente, pero no podemos dar % de registros correctamente cumplimentados hasta que no finalice el 2020. Momento en el cual, ya tendremos el procedimiento terminado y todas las auditorias realizadas. Todas las unidades de hospitalización disponen de los nuevos libros y se ha realizado formación con el 100% de las supervisoras de hospitalización, para la correcta cumplimentación de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Finalizaremos este proyecto en 2020, con las actividades anteriormente mencionadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/937 ===== ***

Nº de registro: 0937

Título
PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

Autores:
LARA GARRIDO ANGELA, ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, FRAGA MILIAN CARMEN, ABAS VILA VICTORIA, BOSQUE LUNA PILAR, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, PALOMAR JOVEN MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente tenemos en todos los servicios de hospitalización, libros de registro de estupefacientes, con diferencias entre los distintos servicios. Cada uno de ellos, hace el registro de diversa manera, de forma que no hay homogeneidad en ellos. A la hora de comprobar los distintos fármacos, ya bien sea mediante auditoria o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0937

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA LA GESTION DE ESTUPEFACIENTES

las propias supervisoras de la unidad, nos encontramos con dificultades de localización de los distintos fármacos. Además nos encontramos con que todos los campos del libro no están cumplimentados. De esta manera no aseguramos la trazabilidad del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la cumplimentación de los libros de estupefacientes.
Control de los armarios de estupefacientes y su stock

MÉTODO

Formar a las supervisoras de enfermería de las distintas unidades, con los nuevos registros.
Implantar la formación, con libros nuevos de registro.
Auditar la cumplimentación de los libros de registro.
Realización del procedimiento de la gestión de estupefacientes, en el que conste control del almacenaje, registro, control y dispensación.

INDICADORES

% de registros correctamente cumplimentados/ Total de registros
Nº unidades de hospitalización con auditorias realizadas postformación/ total de unidades de hospitalización x 100
Relización del procedimiento de gestión de estupefacientes.

DURACIÓN

Este proyecto se realizará a lo largo de un año, e intentaremos presentar los nuevos datos en enero del 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE PAOLA GRACIA GIMENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO BRUNA CARMEN
SOLE LLOP MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La desnutrición es un proceso que está infradiagnosticado en los hospitales y se asocia con mayor morbimortalidad, mayor número de complicaciones y mayor estancia hospitalaria.

CONUT es una fórmula que se puede utilizar como herramienta de screening de desnutrición. Su implementación en el sistema informático del laboratorio del hospital permite el cálculo automático del índice de sospecha de desnutrición.

La fórmula emplea los resultados de colesterol total, linfocitos y albúmina, datos que se utilizan de forma rutinaria en la valoración clínica del paciente.

Mediante un sistema de puntos de emite una alerta nutricional leve, moderada o grave.

En nuestro hospital se implementó inicialmente en los servicios de Medicina Interna y Cirugía y posteriormente se ofreció la posibilidad de hacerlo en el resto de servicios bajo demanda.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

el primer resultado ha sido su propia implantación en el Hospital. Se han generado 2731 alertas en el año 2016 y 3666 en el 2017.

En el 2016 se detectaron un 36% de desnutrición leve, un 15% moderada y un 6% grave.

En el año 2017 los porcentajes fueron mayores, de 34% para la leve, 25% para la moderada y 6% para la grave.

Por otro lado ha habido una buena aceptación de dicha herramienta por parte del personal médico que se traduce en un mayor uso e incremento considerables de las alertas creadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos pendientes de realizar un estudio en profundidad que permita sacar conclusiones y establecer acciones encaminadas a mejorar el tratamiento de nuestros pacientes.

Sería interesante poder conocer los % de desnutrición por servicios y por edades para poder establecer protocolos de actuación.

También sería interesante solventar los problemas generados por el SIL que han obligado a los Facultativos de Servicio de Bioquímica a activar el cálculo de forma individual con cada petición, lo cual puede retrasar el informe además de dificultar su implementación en todo el hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Autores:
GRACIA GIMENO PAULA, PABLO BRUNA CARMEN, SOLE LLOP ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

PROBLEMA

La desnutrición es un problema de gran importancia en el ámbito hospitalario y a pesar de ello no es tenido en gran consideración ni por los especialistas ni por los encargados de Salud Pública. Se calcula que los índices de desnutrición hospitalaria oscilan entre el 30 y el 70%.

Este desorden tiene consecuencias en el sistema inmune, tracto digestivo, función cardio-respiratoria y cicatrización de heridas, lo que se asocia con un incremento de la morbi mortalidad de las complicaciones postoperatorias y de la estancia hospitalaria, lo que además de ir en detrimento del paciente también repercute en el gasto hospitalario.

Desde hace unos años se ha desarrollado un índice que permite evaluar el riesgo de desnutrición en los pacientes mediante los parámetros analíticos: albúmina sérica, colesterol total y el recuento de linfocitos totales. Este índice se procesa y genera automáticamente por el Sistema informático de laboratorio y se traduce en una alerta de desnutrición leve, moderada o severa.

RESULTADOS ESPERADOS

El índice CONUT permite al médico responsable:

- detectar el riesgo de desnutrición
- iniciar el tratamiento adecuado
- monitorizar la respuesta al tratamiento.

MÉTODO

- Implementación de la herramienta informática en el SIL (Sistema informático de Laboratorio).

El índice se calcula mediante los siguientes parámetros: albúmina, colesterol y linfocitos.

Albúmina:

- >3.5 g/dl 0 puntos
- 3.5- 2.99 2 puntos
- 2.5- 2.99 4 puntos
- <2.5 6 puntos

Colesterol:

- >180 mg/dl 0 puntos
- 140- 179 1 punto
- 100- 139 2 puntos
- <100 3 puntos

Linfocitos:

- >1.6 linfo /ml 0 puntos
- 1.2- 1.59 1 punto
- 0.8- 1.19 2 puntos
- >0.8 3 puntos

según la puntuación global se estratifica:

Sin riesgo de desnutrición	0-1 puntos
Riesgo leve de desnutrición	2-4 puntos
Riesgo moderado de desnutrición	5-8 puntos
riesgo grave de desnutrición	9-12 puntos

- Introducir el índice en el perfil de ingreso de todos los pacientes hospitalizados.

INDICADORES

- Analizar los resultados a lo largo de los meses para ver la adecuación a este perfil y ver si se añade a otros pacientes.
- Pasar una encuesta para ver el tipo de acción tomada por los médicos responsables ante la constatación de un riesgo nutricional en sus pacientes.
- Elaborar unas conclusiones y recomendaciones para hacerlas llegar a los médicos del Hospital.

DURACIÓN

Febrero 2016

Introducción del índice CONUT en el SIL

Septiembre 2016

Estadística de CONUTS realizados en el periodo de febrero a agosto. Análisis de datos y realización de encuesta de satisfacción.

Octubre-Diciembre 2016

Analizar resultados y elaborar conclusiones y recomendaciones.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0053

1. TÍTULO

IMPLANTACION DEL INDICE CONUT (CONTROL NUTRICIONAL) PARA LA DETECCION DE LA DESNUTRICION HOSPITALARIA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1507

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE GUAYENTE VERDES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado ecografía tiroidea a pacientes remitidos o en seguimiento por nódulo/s tiroideo/s. Se ha intentado que fuera una consulta de alta resolución, efectuando en la misma cita la ecografía tiroidea y la consulta (anamnesis, exploración física, actitud terapéutica), consiguiendo así disminuir el número de desplazamientos del paciente que se requieren habitualmente para la realización de la prueba y la recogida del resultado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado ecografía tiroidea a 18 pacientes, evitando la derivación de estos pacientes al servicio de Radiología, donde hay bastante saturación y demoras.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se preveía inicialmente programar una consulta de tardes exclusiva para ecografía tiroidea, pero por motivos organizativos y de recursos humanos, no fue posible.
Se consiguió efectuar ecografía tiroidea en la 1ª visita/visita de revisión, en algunos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

Dado que previamente a la elaboración y presentación del proyecto de mejora ya estaba programada la agenda de la consulta de tardes para los meses de julio y agosto (como consulta general de Endocrinología) y que se trataba de periodo vacacional, con menos personal del previsto, y visto que no se consiguió disponer de un ecógrafo hasta el mes de agosto, no fue posible establecer en los primeros meses una consulta específica y exclusiva de "ecografía tiroidea", por lo que se fueron realizando ecografías tiroideas sobre la marcha, en los huecos disponibles, tanto a pacientes nuevos derivados por este motivo, como a aquéllos que la requerían (control evolutivo de BMN), evitando así incrementar las peticiones de ecografía tiroidea al servicio de Radiología.

Por otra parte, se preveía la presencia de dos facultativos de Endocrinología hasta el 31 de octubre, pero una de las facultativas abandonó el centro por motivos personales el 12 de septiembre, por lo que no se pudo llevar a cabo la actividad prevista al reducirse la plantilla de forma imprevista y tener que asumir la única facultativa restante todos los pacientes del servicio de Endocrinología.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1507 ===== ***

Nº de registro: 1507

Título
INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

Autores:
VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El acceso a la ecografía resulta primordial para el diagnóstico de los nódulos tiroideos. Sin embargo, problemas estructurales del sector, en este momento, hacen que el acceso a la realización de ecografías tenga

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1507

1. TÍTULO

INTERVENCION PARA REDUCIR LA ESPERA EN LA REALIZACION DE ECOGRAFIAS EN LA PATOLOGIA TIROIDEA

una demora habitual superior a tres meses, lo que puede tener repercusiones en el pronóstico de algunos pacientes. Incluso las ecografías solicitadas en Atención Primaria están siendo derivadas a un centro externo privado con concierto con el Salud (Centro Asistencial Bajo Aragón) para intentar agilizar listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Reducir la demora para acceder al diagnóstico ecográfico de la patología tiroidea.

MÉTODO

Realización de consulta de ecografía tiroidea 1 tarde a la semana a cargo de un endocrinólogo con formación y habilidades en el diagnóstico ecográfico. Para ello se compartirá ecógrafo con el servicio de Rehabilitación

INDICADORES

% de pacientes con diagnóstico de nódulo tiroideo que tardan más de tres meses en la realización de la ecografía antes y después de la intervención.

Se pretende reducir el tiempo medio de espera hasta la realización de ecografía después de la intervención a menos de dos meses.

Fuente de datos: registro específico de nódulo tiroideo (ecografías tiroideas realizadas en el servicio de Radiología del Hospital de Alcañiz y en el Centro Asistencial Bajo Aragón) e historia clínica.

DURACIÓN

Julio a Octubre.

Diciembre 18: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0725

1. TÍTULO

DERIVACIÓN PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE GUAYENTE VERDES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró una propuesta de protocolo de derivación y manejo del hipotiroidismo primario que finalmente no se llegó a consensuar y validar.

En su defecto, se han valorado todas las interconsultas virtuales procedentes de Atención Primaria realizadas por este motivo de forma temprana (habitualmente en menos de una semana) y se ha contestado de forma personalizada a cada una de ellas siguiendo los estándares recomendados por las principales sociedades científicas para el manejo de la patología tiroidea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todas las interconsultas virtuales realizadas por esta patología han sido evaluadas y respondidas en un periodo de tiempo razonable y ningún paciente ha quedado sin valorar, aunque finalmente no se ha consensuado y divulgado el protocolo previsto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todos los casos de hipotiroidismo primario sobre los que se ha realizado interconsulta virtual han sido valorados, pero queda pendiente la elaboración y difusión del protocolo. El objetivo actual es efectuar pequeñas modificaciones en el borrador inicial para su aprobación, divulgación y puesta en marcha.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/725 ===== ***

Nº de registro: 0725

Título
DERIVACION PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGIA

Autores:
VERDES SANZ GUAYENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El hipotiroidismo primario es una patología que puede ser manejada de forma sencilla en Atención Primaria. Se ha detectado una derivación injustificada de la mayoría de pacientes con esta patología al servicio de Endocrinología que podrían controlarse en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la excesiva derivación no justificada de pacientes con hipotiroidismo subclínico y primario al servicio de Endocrinología, con la finalidad de optimizar el manejo de esta patología, evitar demoras en el inicio del tratamiento, desplazamientos innecesarios del paciente, así como incremento de la lista de espera en atención especializada.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0725

1. TÍTULO

DERIVACIÓN PERTINENTE DE PACIENTES CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO AL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA

- 1) Elaboración de un protocolo sobre el manejo diagnóstico y terapéutico del hipotiroidismo subclínico y primario y los criterios de derivación a atención especializada.
- 2) Realización de sesiones clínicas explicativas y divulgativas sobre esta enfermedad en el centro de Salud de Alcañiz y/o en el Hospital de Alcañiz.

INDICADORES

Disminución de la derivación de hipotiroidismo subclínico y primario a Especializada en un 20%.

DURACIÓN

Sesiones clínicas y divulgación del protocolo en los primeros meses de inicio del proyecto. Evaluación de resultados desde el 1 de abril al 31 de diciembre de 2019, y comparación con la derivación en las mismas fechas del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO MARTINEZ UBIETO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BLASCO GIL SILVIA
VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE
PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR
ALSINA PUJOL MONTSERRAT
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre del año 2017 se realizó una búsqueda de guías basadas en la evidencia tanto en nuestro entorno, mediante GuiaSalud, como en el entorno internacional mediante la búsqueda en NHS evidence, Nacional ClearingHouse y Pubmed, recurriendo a la búsqueda bibliográfica estándar en aquellos aspectos donde se echó de menos alguna fuente de evidencia más reciente. Tras la misma se procedió a la elaboración, difusión e implementación del protocolo "Manejo de sistemas de terapia de presión negativa (TPN) en el tratamiento de heridas".

Nuestro principal objetivo era ofrecer a los profesionales un plan de actuación para el tratamiento de las heridas mediante sistemas de TPN con criterios de aplicación consensuados, así como unas instrucciones claras y concisas acerca del manejo de los mismos. Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

- Conseguir que todos los pacientes con indicación de TPN fueran tratados con TPN
- Comprobar que la aplicación de TPN no incrementaba la incidencia de infecciones en pacientes tratados con ella
- Gestión de casos: Continuidad de los cuidados interniveles, atención especializada y primaria.
- Garantizar la seguridad del paciente mediante una correcta aplicación de estos sistemas.
- Mejorar el conocimiento teórico y las habilidades técnicas de los profesionales sanitarios implicados en su manejo.
- Mejorar el conocimiento de los pacientes acerca del manejo básico de los equipos de TPN mediante la "Guía para pacientes".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reportamos estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye un total de 6 pacientes con heridas de diversa etiología que fueron tratados con sistemas de terapia de presión negativa durante el segundo y tercer trimestre del año 2017 siguiendo el protocolo elaborado.

El 67% de los pacientes fueron mujeres frente al 33% de varones, con una media de edad de 59 años. Con 25 años el paciente más joven y 79 el más longevo.

Las evidencias actuales demuestran que este tratamiento se puede utilizar en numerosos tipos de heridas agudas y crónicas.

En nuestro estudio la etiología de las heridas tratadas con sistemas de terapia de presión negativa fue muy variada:

- Úlcera por presión (UPP) (33%)
- Dehiscencia de herida abdominal con exposición de malla quirúrgica (14%)
- Recidiva de sinus sacrocoxígeo (14%)
- Extrusión prótesis mamaria (550 cc) tras mastectomía subcutánea (14%)
- Úlcera con orificio fistuloso sobre cicatriz externa tras cirugía por fractura conminuta de astrágalo y peroné y colocación de material de osteosíntesis (14%)

Desde el punto de vista etiológico, todas las heridas cumplían criterios, según protocolo, para la utilización de los sistemas de TPN como parte fundamental de la estrategia terapéutica propuesta para cada paciente.

Tabla 1.- Tipos de heridas con criterio de tratamiento con TPN según protocolo

1. Heridas crónicas: úlceras por presión (grado III-IV)
2. Pie diabético
- Osteomielitis (Tras desbridamiento quirúrgico)
- Infecciones necrosantes (Tras desbridamiento quirúrgico)
- UPD en proceso no evolutivo
- Amputaciones mayores y menores
- Procedimientos asociados al pie diabético isquémico
3. Heridas traumáticas: hematomas subcutáneos de gran tamaño, heridas con grandes defectos tisulares.
4. Heridas quirúrgicas que dadas sus características no han permitido un cierre primario.
5. Dehiscencia post-quirúrgica,
6. Heridas agudas o subagudas profundas con abundante exudado, con exposición de estructuras corporales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

(vasos, órganos, tendones...) o bien material ortoprotésico que precisan de un cierre temprano.
7. Fistulas entero-cutáneas

No hubo ningún paciente con indicación de tratamiento con sistemas de TPN al que no se le aplicara dicho tratamiento. Cumpliéndose de ese modo uno de los criterios de evaluación:

• N° de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 6 meses /N° total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 6 meses X 100 (Fuente: CMBD y registros de Enfermería)= 100%

Respecto a las dimensiones de las heridas tratadas, bien por extensión o profundidad, la indicación de los sistemas de TPN fue adecuada. Así como por el elevado nivel de exudado que presentaban las mismas. Salvo en uno de los casos cuya indicación fue acelerar el proceso de cicatrización para evitar la exposición del material de osteosíntesis ante las importantes consecuencias que ello conllevaría.

Ninguna de las lesiones presentó contraindicación alguna para la aplicación de este tratamiento en el momento de la indicación.

En uno de nuestros casos, y ante la sospecha de osteomielitis (OM) se solicitó TC y gammagrafía ósea que descartaron dicha afectación y se procedió a la aplicación del tratamiento. Si bien el tratamiento con TPN se ha utilizado de forma satisfactoria en algunos casos de osteomielitis, combinando el desbridamiento extenso y en profundidad de la herida, incluyendo la escisión del hueso avascular o claramente infectado, con un tratamiento adyuvante apropiado con antibióticos.

En otro de los casos, inicialmente no se tuvo sospecha de afectación ósea y se inició tratamiento con sistemas de TPN. Sin embargo, en controles posteriores se apreció una fístula con prueba de contacto óseo positiva por lo que se realizó control radiológico que mostró signos de OM. Tras valoración de la situación general de la paciente, comorbilidades y el estado de la lesión se decidió retirar la TPN e iniciar tratamiento antibiótico.

Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio presentó signos de infección durante la aplicación del tratamiento. Solamente uno de los casos presentó una dermatitis de contacto leve que se resolvió mediante la aplicación de productos de barrera cutánea no irritante.

• N° de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 6 meses /N° de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 6 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería) = 0%

A pesar de la limitación de nuestra muestra los resultados avalan los resultados de estudios más relevantes acerca de la seguridad de este tratamiento.

En el 50% de los casos se inició el tratamiento durante el ingreso hospitalario de los pacientes con una media de 9 días de ingreso. El 67% de estos casos prosiguió el tratamiento con sistemas de TPN a nivel domiciliario.

El tratamiento debe ser interrumpido si se han alcanzado los objetivos planteados, si dichos objetivos no se alcanzan en un período de tiempo razonable o si el paciente no lo tolera o causa complicaciones. En nuestro estudio la media de días de tratamiento con sistemas de TPN fue de 39 días.

En el 100% de los casos se alcanzaron los objetivos terapéuticos planteados al elegir la utilización de sistemas de TPN como parte del tratamiento integral del manejo de las heridas. A destacar, que en el 50% de los casos se consiguió la cicatrización completa de las lesiones y en el 33%, el uso de los sistemas de TPN permitió el manejo de las lesiones mediante curas en ambiente húmedo (CAH). Se decidió finalizar el tratamiento en el 17% restante por aparición de OM.

Bibliografía:

1.- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión tópica negativa en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La utilización de sistemas de TPN es una opción de tratamiento válida que ofrece ventajas tanto para el paciente, por la aceleración en el proceso de cicatrización, como para el sistema sanitario por la menor carga de trabajo para el personal de enfermería, así como por la disminución de la necesidad de ingreso hospitalario. Gracias a la protocolización de la utilización de sistemas de TPN se consigue una mayor efectividad en el manejo de esta terapia de tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/812 ===== ***

Nº de registro: 0812

Título
ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

Autores:
MARTINEZ UBIETO FERNANDO, BLASCO GIL SILVIA, VALENZUELA MARTINEZ MARIA JOSE, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR, ALSINA PUJOL MONTSERRAT, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HERIDAS COMPLEJAS
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 utilización de presión negativa con fines médicos ha presentado una evolución muy significativa a lo largo de la historia remontándonos al año 600 a.C. cuando ya se utilizaba para la extracción del veneno de las heridas. Fue en la década de los 90 cuando Argenta y Morykwas desarrollaron el sistema "Método de terapia de heridas con presión negativa" que consistía en el drenaje asistido por vacío de sangre o líquido seroso de una herida o lecho quirúrgico, sentando las bases de este método cuyos sistemas han ido mejorando con el paso de los años. De eficacia demostrada en heridas de diversa etiología su utilización ha sido algo dispar quizá por desconocimiento o la falsa creencia de que son terapias caras con escasa coste-efectividad. La utilización de sistemas de Terapia de Presión Negativa (TPN) es una alternativa de tratamiento en heridas complejas o con grandes defectos cutáneos que presentan exudados abundantes permitiendo reducir el número de curas. Ello nos permite acelerar los tiempos de cicatrización y por tanto los costes adicionales al disminuir las estancias inadecuadas, incluso evitando el ingreso en algunos casos, permitiendo un tratamiento ambulatorio. Ello va asociado a una menor incidencia de complicaciones, frecuentes en este tipo de lesiones sin que la calidad de vida del paciente se vea afectada. Encontramos diversos estudios a nivel europeo centrados en el análisis de coste-efectividad de esta intervención en heridas de diversa etiología. Si bien la experiencia en el servicio de Cirugía de nuestro centro es amplia en el manejo de este tipo de tratamiento para la curación de heridas, consideramos necesaria la realización de este protocolo para sistematizar y consensuar los criterios de utilización del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar la toma de decisiones en cuanto a la indicación de utilización de los sistemas de TPN en el manejo de heridas.
- Dar a conocer este tipo de sistemas entre el personal que vaya a estar implicado tanto en la indicación como el manejo de los mismos.
- Evitar variabilidad o técnicas incorrectas a la hora de aplicar los sistemas de TPN.

MÉTODO

1. Revisión bibliografía del tema
2. Elaboración del protocolo
3. Revisión y aprobación del protocolo
4. Implementación del protocolo
5. Elaboración de un tríptico informativo para pacientes y personal sanitario y difusión del mismo.
6. Análisis de los resultados

INDICADORES

- Nº de curas mediante apósitos convencionales o avanzados para la curación de heridas en un paciente en comparación con el nº de curas mediante TPN en el mismo paciente en un periodo de 48 horas. (Fuente: Registros de Enfermería)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0812

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLEMENTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA UTILIZACION DE SISTEMAS DE TERAPIA DE PRESION NEGATIVA (TPN) EN EL TRATAMIENTO DE HERIDAS

- N° de pacientes con signos clínicos de infección en tratamiento con sistemas de TPN durante un periodo de 3 meses /N° de pacientes en tratamiento con sistemas de TPN en el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de enfermería)
- N° de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con sistemas de TPN en un periodo de 3 meses/ N° de días de ingreso de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN no tratados durante el periodo de 3 meses x 100 (Fuente: Registros de Enfermería)
- N° pacientes con herida abierta que precisan más de una cura diaria por exceso de exudado/ N° de pacientes ingresados en planta el día de la medición x 100 (Fuente: Registros de Enfermería y de Admisión de enfermos)
- N° de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN tratados con TPN en 3 meses /N° total (tratados y no tratados) de pacientes con heridas con criterios para tratamiento con TPN en 3 meses X 100 (Fuente: CMBD y registros de Enfermería)

DURACIÓN

- Tercer trimestre del 2016:

Elaboración protocolo

- Primer trimestre 2017:

Implementación y difusión del protocolo a los servicios proveedores.

- Segundo trimestre del 2017:

Recogida de datos y evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE SILVIA BLASCO GIL
 · Profesión ENFERMERO/A
 · Centro H ALCAÑIZ
 · Localidad ALCANIZ
 · Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
 · Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ALBIAC ANDREU MANUEL
 GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA
 BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO
 BUENO DELGADO ALVARO
 GRACIA ROCHE CARLOS
 ARTAJONA RODRIGO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo comprendido desde Noviembre de 2016 a Enero de 2017 se procedió a la elaboración del procedimiento de organización y gestión de la consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuaría como "gatekeeper" dentro del sistema. Los objetivos planteados fueron mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta. Así como, mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitiría mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y, de ese modo, reducir los tiempos de curación de las heridas.

Dicho procedimiento permitirá la comunicación entre AP y la consulta de heridas, al conseguir una rápida valoración del paciente en consulta o a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la misma.

El cuidado y tratamiento de las heridas crónicas precisa de un enfoque multidisciplinar y por ello se estableció contacto y se consensuaron criterios clínicos de derivación con las diferentes especialidades médicas que pudieran verse implicadas en el mismo: cirugía, medicina interna y rehabilitación.

Se elaboró un protocolo de enfermería para el manejo de heridas crónicas.

En febrero de 2017 se llevó a cabo la difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales.

En Diciembre de 2017 se ha procedido a la evaluación de los datos recogidos entre los meses de Febrero y Marzo de 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reportamos estudio observacional descriptivo y retrospectivo que incluye un total 59 pacientes atendidos en la Consulta de heridas crónicas y pie diabético cuya procedencia ha sido Atención Primaria en el 66% de los casos (39), Atención Especializada con un 17% de los casos (10) y el 17% restante de los casos (10) han sido remitidos a través de la plataforma telemática (Intranet-control de heridas).

En cuanto a la etiología de las lesiones tratadas ha sido muy variable y se relaciona del siguiente modo:

Etiología de las lesiones	Número de casos	Porcentaje
Úlcera de Pie Diabético	16	27%
Úlcera venosa	13	22%
Úlcera Por Presión	11	18%
Úlcera arterial	2	3%
Dehiscencia herida quirúrgica	2	3%
Mordedura de perro	2	3%
Quemadura	2	3%
Herida post-traumática	2	3%
Enfermedad ampollosa	2	3%
Hematoma subcutáneo	1	2%
Sinus pilonidal	1	2%
Foliculitis	1	2%
Fístula por rechazo de material de osteosíntesis	1	2%
Úlcera de Martorell	1	2%
Abceso de mama	1	2%
Dermatosis purpúrica pigmentada	1	2%

Por tratarse de la etiología más prevalente entre los casos valorados y tratados en la consulta procederemos a un análisis más exhaustivo de las úlceras de pie diabético (UPD).

El 80% de los pacientes que presentaban UPD estaban diagnosticados de DM tipo II con una evolución entre 5 y 10 años de la misma. Las úlceras fueron remitidas a la consulta tras una media de 56 días de evolución.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Siendo de 122 días para el resto de etiologías.

De las 16 UPD valoradas la etiología neuropática fue la más prevalente con un 56% de los casos, seguida de la neuroisquémica con un 38% y la isquémica con un 6%.

Atendiendo a la clasificación de UPD de la Universidad de Texas esta fue la relación de las lesiones:

Estadificación N° de casos

- IA 4
- IIA 2
- IIIA 1
- IIIB 2
- IC 2
- IIIC 3
- IIID 2

El 50% de los pacientes fueron remitidos para ser valorados por el servicio de Cirugía Vasculardel Hospital Universitario Miguel Servet, en el caso de remisión urgente, o bien del Hospital Nuestra Señora de Gracia en el resto de los casos.

El dolor es uno de los peores aspectos y, probablemente, el más infravalorado y por ende tratado, de padecer una úlcera crónica. Siendo precisa la valoración y el control del mismo como partes fundamentales del plan de cuidados del paciente.

Se valoró el dolor de los pacientes mediante la Escala Visual Analógica (EVA) considerando dolor leve una puntuación entre 0-2, dolor moderado entre 3-7 e intenso una puntuación superior a 7.

El 51% de los pacientes referían dolor moderado, dolor leve un 42% y un 7% refirió dolor intenso en la valoración inicial.

El porcentaje de curación de las lesiones valoradas y tratadas en este tiempo en la Consulta de heridas ha sido de un 41%.

- Número de consultas recibidas por intranet 10 casos (17%)
- % de pacientes con lesión que han requerido la derivación a la consulta de cirugía general 42% (25 casos)
- % de pacientes ingresados de urgencia desde la consulta 5% (3 casos)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La puesta en marcha del procedimiento elaborado ha permitido proporcionar cuidados integrales de calidad a través de un equipo multidisciplinar a las personas con heridas crónicas atendidas así como mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles de salud y profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/819 ===== ***

N° de registro: 0819

Título
PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Autores:
BLASCO GIL SILVIA, ALBIAC ANDREU MANUEL, GUTIERREZ DIEZ MARTA LETICIA, BARRANCO DOMINGUEZ JOSE IGNACIO, BUENO DELGADO ALVARO, GRACIA ROCHE CARLOS, ARTAJONA RODRIGO ESTHER, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0819

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE HERIDAS CRONICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las heridas crónicas representan un verdadero problema de salud que conlleva importantes repercusiones tanto a nivel del paciente que las sufre, como en el ámbito socio-sanitario debido al consumo de recursos que implica su atención. Viéndose incrementados de forma considerable los costes para el sistema de salud. Existe una variabilidad clínica en la atención prestada a estos pacientes que conlleva mantener a pacientes en el ámbito domiciliario cuando precisarían de una atención especializada. Con este procedimiento pretendemos ofrecer una mejor gestión de las heridas crónicas en nuestro sector desde una perspectiva integral y multidisciplinar

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la accesibilidad a la consulta de heridas a profesionales y pacientes con heridas crónicas pertenecientes al Sector de Alcañiz procedentes de los diferentes niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Sociosanitaria), para asesoría especializada en el diagnóstico, tratamiento, educación para la salud o cualquier otra actuación posible desde la consulta.
- Mejorar la comunicación interniveles asistenciales lo cual permitirá mantener una continuidad en los cuidados evitando la variabilidad clínica y reduciendo los tiempos de curación de las heridas.

MÉTODO

1. Elaboración de un procedimiento de organización y gestión de una consulta de heridas con énfasis en el diagrama de flujo entre atención primaria, consulta de heridas y especialistas, centrado en la figura de la enfermera de la consulta de heridas del hospital que actuará como "gatekeeper" dentro del sistema:
La comunicación entre AP y la consulta de heridas podrá realizarse a través de plataforma telemática (intranet) evitando el desplazamiento de los pacientes a la consulta
Se establecerán criterios de derivación entre la enfermera de la consulta de heridas y los especialistas correspondientes.
Se crearán los procedimientos clínicos correspondientes.

2. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes de los distintos niveles asistenciales

3. Evaluación anual de indicadores

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de consultas recibidas por intranet
- Encuesta de satisfacción a los coordinadores de enfermería de atención primaria
- % de pacientes que han requerido la derivación a la consulta del cirujano
- Pacientes ingresados de urgencia desde la consultax100/Total de pacientes atendidos en la unidad
- Pacientes derivados a cirujanox100/Total de pacientes atendidos en la unidad

DURACIÓN

- Noviembre16-Enero17 Elaboración del procedimiento
- Febrero 2017. Difusión del procedimiento a los servicios proveedores/clientes
- Diciembre 17. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0215

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE SUSANA RODRIGUEZ ALBA
· Profesión TEL
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ VAQUERO CARMEN
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
FUSTER BUJ MARIA ELENA
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-HEMOS REALIZADO REUNIONES TRIMESTRALES PARA ANALIZAR, VALORAR Y EVALUAR TODO LO QUE ESTABAMOS REALIZANDO.
-HEOS CONSEGUIDO INTRODUCIR TODOS LOS REGISTROS DE LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION. SEGUIMOS CON FORMATO PAPEL POR LA SITUACION ESPECIAL DE NUESTRA CENTRAL, QUE EN NOCHES, FINES DE SEMANA Y FESTIVOS EL PERSONAL DE QUIRÓFANO SE HACE CARGO DE ELLA.
-HEMOS CONSEGUIDO UNA BUENA MONITORIZACIÓN E LOS INDICADORES DE LA CENTRAL EN LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO.
-SE COMIENZA A CONTROLAR EL INDICADOR A PARTIR DE OCTUBRE DE 2017.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
INDICADOR: ERRORES O AUSENCIA DE REGISTRO INFORMÁTICAMENTE EN EL PROCESO DE LAVADO: N° DE CICLOS CON ERRORES O AUSENCIA DE REGISTRO DE LAVADO X 100/N° DE CICLOS LAVADOS(INFORMÁTICAMENTE)
ESTANDAR<30%
RESULTADO DE OCUBRE/NOVIEMBRE/DICIEMBRE 17: 1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-DISPONEMOS DE UN ORDENADOR CON UN SOFTWARE MUY ANTIGUO QUE JUNTO CON LA MALA CONEXION A INTERNET QUE DISPONE EL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN NOS DIFICULTA MUCHO LA TAREA DE INTRODUCCION DE DATOS AL SISTEMA Y AÚN ASÍ HEMOS CONSEGUIDO REALIZAR UNA BUENA IMPLEMENTACIÓN. VA MUY LENTO Y SE CUELGA MUCHAS VECES A LO LARGO DE LA JORNADA.
-SEGUIMOS MONITORIZANDOLO A LO LARGO DE 2018.
-NOS FACILITA LOS RESULTADOS MENSUALES DE LOS INDICADORES DE LA ZONA DE RECEPCIÓN Y LAVADO, PERSO SE PODÍA MEJORAR EL OBTENER ESTOS RESULTADOS SI EL PROGRAMA DE TRAZABILIDAD LO IMPUSIESE EL SALUD EN LA VERSION ACTUALIZADA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/215 ===== ***

Nº de registro: 0215

Título
MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RODRIGUEZ ALBA SUSANA, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, GUILLEN PISA ANA, FUSTER BUJ MARIA ELENA, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Actualmente se dispone de un programa de registro informatizado en la central de esterilización (TRAZ-INS) que se ha ejecutado de forma limitada en el proceso de esterilización. Sin embargo, el registro de lavado sigue

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0215

1. TÍTULO

MONITORIZACION INFORMATICA DEL REGISTRO DE LAVADO DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

siendo en papel.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la trazabilidad del instrumental lavado.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

MÉTODO

- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de lavado y documentación relacionada en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del proceso de lavado y documentos asociados.

INDICADORES

% de material lavado registrado en el programa TRAZ-INS

DURACIÓN

Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de lavado y documentación asociada
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0216

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN GONZALEZ VAQUERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RODRIGUEZ ALBA SUSANA
FUSTER BUJ MARIA ELENA
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE REALIZAN REUNIONES TRIMESTRALES PARA IR REVISANDO EL PROCESO.
-REVISAR TODOS LOS DATOS QUE HAY INTRODUCIDOS HASTA AHORA(ENERO 2017) EN EL PROGRAMA INFORMÁTICO TRAZINS, TENIENDO EN CUENTA TANTO LOS CONTENEDORES QUE HAY COMO SI ESTÁ CORRECTAMENTE REGISTRADO EL MÉTODO DE ESTERILIZACIÓN COMO EL MÉTODO DE LAVADO(SON CAMPOS QUE ENTRAN DENTRO DEL REGISTRO).
-SE ACTUALIZAN LOS DATOS EN EL PROGRAMA Y SE INTRODUCE EL MATERIAL EMBOLSADO(QUE NO ESTABA REGISTRADO), JUSTIFICANDO QUE HAY CONTENEDORES QUE HAN CAMBIADO DE SITUACIÓN O BIEN NO ESTABAN BIEN REAGRUPADOS.MATERIAL DE LA ESPECIALIDAD, MATERIAL EN DEPÓSITO(CONTENEDORES O MATERIAL QUE NOS DEJAN LAS CASAS COMERCIALES) Y MATERIAL EN PRÉSTAMO(MATERIAL ITINERANTE, QUE VIENE PARA UNA INTERVENCIÓN CONCRETA SE PROCESA Y SE VA).
-EN LA CENTRAL SE REALIZA UN LISTADO EN UNA LIBRETA DE TODO EL MATERIAL QUE VAN OBSERVAN QUE NO ESTÁ INTRODUCIDO EN EL PROGRAMA TRAZINS EN EL CAMPO CORRECTO:CONTENEDORES O MATERIAL SIN CODIFICAR.
-CARMEN GONZÁLEZ COMO RESPONSABLE DE LA CENTRAL LO INTRODUCE CADA 15 DÍAS O MES SEGÚN DISPONIBILIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% DE CONTENEDORES QUE TIENEN LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA: 100%
% DE MATERIAL EMBOLSADO DE QUIRÓFANO REGISTRADO: 100%.
%DE MATERIAL EMBOLSADO DE PLANTAS REGISTRADO:100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-TENIAMOS MUCHOS MATERIALES:CONTENEDORES, MATERIAL DE CENTROS DE SALUD, MATERIAL DE PLANTAS, MATERIAL ITINERANTE, MATERIAL PRESTADO SIN ASIGNACIÓN, SE ITNRODUCÍA TODO EN LA HOJA DE CARGA EN EL CAMPO "SIN CODIFICAR", ADEMÁS EN GENERAL SIN ESPECIFICAR ARTÍCULOS, Y HEMOS CONSEGUIDO PODER CLASIFICAR BASTANTE MATERIAL, CONTENEDORES.. QUE DE ESTA MANERA AUMENTA LA TRAZABILIDAD DEL PRODUCTO Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CON EL MATERIAL QUE ESTAMOS USANDO.

7. OBSERVACIONES.

SERÍA INTERESANTE PODER CONCLUIR ESTE PROYECTO CON OTRO PROYECTO UNIDO CON UN REGISTRO FOTOGRÁFICO DE MATERIAL EMBOLSADO, DEL MATERIAL DE TODOS LOS CONTENEDORES TANTO LOS DE DEPÓSITO COMO LOS ITINERANTES...

*** ===== Resumen del proyecto 2016/216 ===== ***

Nº de registro: 0216

Título
REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GONZÁLEZ VAQUERO CARMEN, RODRIGUEZ ALBA SUSANA, GUILLEN PISA ANA, FUSTER BUJ MARIA ELENA, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0216

1. TÍTULO

REGISTRO INFORMATIZADO DE MATERIAL EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

Desde hace meses disponemos del programa TRAZ-INS que facilita el registro de las cargas del esterilizador mejorando la trazabilidad del proceso de esterilización. En el momento actual se han registrado todas las cajas de material, pero falta de incluir el material suelto.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la trazabilidad de la esterilización del material suelto.
Facilitar el trabajo al personal evitando registro en papel.
Facilitar la monitorización de los indicadores de la central de esterilización

MÉTODO

- Unificación de la designación de los materiales
- Elaboración del listado de material
- Introducción en el programa TRAZ-INS
- Modificación del proceso de esterilización y documentos relacionados en lo relativo a registro
- Implantación de la nueva versión del procedimiento de esterilización.

INDICADORES

% de material suelto registrado en el programa TRAZ-INS

DURACIÓN

Enero 2017: Listado de material y unificación de la designación de los materiales
Febrero-Junio 2017: Introducción en el programa TRAZ-INS
Febrero 2017. Modificación del proceso de esterilización y documentos asociados
Julio-Septiembre 2017: Implantación de las modificaciones del proceso
Diciembre 2017. Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0310

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS FERRANDO RAMOS
· Profesión TCAE
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ VAQUERO CARMEN
FUSTER BUJ ELENA
RODRIGUEZ ALBA SUSANA
SANCHEZ ROYO ALBERTO
INSA DOMENE NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Hemos realizado un catálogo fotográfico (digital y formato papel) de todo el material que hemos ido recibiendo en la Central de Esterilización para su limpieza y posterior esterilización, y que en el momento de recibirlo presentaba incidencias y/o posteriores reclamaciones:

1. No estaba correctamente desmontado tras el uso en quirófano por parte del personal de quirófano. Lo que originaba problemas en el momento de realizar los contenedores: bien hay que volverlo a procesar en el lavado con el consiguiente retraso para la esterilización o bien hemos recibido reclamación en el momento del acto quirúrgico puesto que al no haberse desmontado para lavar, no darse cuenta al realizar los contenedores el personal de quirófano; en el momento del acto quirúrgico ese material presentaba restos orgánicos que aunque había pasado el proceso de esterilización no se puede considerar material estéril.

2. Aquellas piezas que consideramos que puedan presentar restos aún después del lavado mecánico por presentar estos materiales características específicas de rigidez, forma rugosa...(sierras, brocas...)

Se ha elaborado un poster que se ha colocado en la pared de la central para que el personal lo tenga como referencia cuando realizan los contenedores, así como una sesión clínica donde se han mostrado en la misma diapositiva fotografías de estos materiales cuando se produjo la incidencia y la fotografía de cómo debería haberse entregado, así como diapositivas con fotografías del material como se entregó y como debería haberse entregado.

Comenzó a implementarse en Julio y hemos medido los resultados de la actividad hasta DICIEMBRE 18, seguiremos midiéndola y consideraremos este indicador un indicador propio de la Central para evaluar a partir de ahora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha valorado el indicador de % piezas sucias o con restos orgánicos (Nº de reclamaciones- incidencias recibidas por presentar material quirúrgico con resto de materia orgánica dentro del bloque quirúrgico x 100/ Nº de contenedores y piezas sueltas que se recepcionan y se procesan en la Central de esterilización. El resultado obtenido ha sido del 0.17 % (estándar propuesto <2%).

Y también hemos evaluado el indicador % piezas sin desmontar (Nº de incidencias recibidas por presentar material quirúrgico con resto de materia orgánica dentro del bloque quirúrgico x 100/ Nº de contenedores y piezas sueltas que se recepcionan y se procesan en la Central de esterilización. El resultado obtenido ha sido del 0.20 % (estándar propuesto <2%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de un póster con imágenes de los materiales que más problemas de desmontaje nos originan y la realización de sesiones con los mismos se ha mostrado de utilidad para reducir las incidencias y reclamaciones relacionadas con estos materiales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/310 ===== ***

Nº de registro: 0310

Título
CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE PROCEDE AL LAVADO Y LIMIEZA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS, GONZALEZ VAQUERO CARMEN, FUSTER BUJ MARIA ELENA, RODRIGUEZ ALBA SUSANA, SANCHEZ ROYO ALBERTO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0310

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL MATERIAL CRITICO QUE SE RECEPCIONA Y SE LIMPIA EN LA ZONA DE RECEPCION Y LIMPIEZA DE LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el proceso de recepción de material de la Central nos encontramos con que mucho material que nos llega desde el bloque quirúrgico no está correctamente desmontado para la limpieza, y a veces ni el personal del bloque al preparar el material lo sabe, con lo que vemos que puede y de hecho está ocurriendo un grave problema de seguridad para el paciente quirúrgico.
Si ese material que no se ha desmontado correctamente, se lava, se prepara y se esteriliza sin haberse desmontado por lo que no se ha lavado correctamente todas las piezas, en el momento del acto quirúrgico puede ocurrir que no reúna las condiciones necesarias y seguras para el paciente.
A sus vez, también nos hemos dado cuenta de que hay material que por sus características precisa de que se tenga mucho más cuidado y se revise con mayor precisión en el proceso de limpieza.
Tenemos numerosas incidencias al respecto, sobre todo material de traumatología muy concreto que no se desmonta correctamente y que supone un riesgo para la seguridad del paciente y un gasto aumentado para el centro hospitalario. (una vez que se ha lavado vía normal hay que volver a repetir el ciclo por que no se había desmontado correctamente y retrasando el trabajo del personal de la Central)

RESULTADOS ESPERADOS

-Disminuir el número de incidencias en el proceso de recepción respecto a los material que llegan sin desmontar desde el bloque quirúrgico.
-Disminuir el número de piezas críticas que no se han lavado correctamente.

MÉTODO

-Realizar foto individual de cada instrumental.
-Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central e Esterilización.
-Elaborar de un registro fotográfico en formato papel.
-Elaborar un registro fotográfico en formato digital.
-Realizar póster o ilustraciones y ponerla en la Central para llamar la atención del personal del bloque quirúrgico.

INDICADORES

-Realizar un indicador con las incidencias de este tipo en el proceso de recepción y de las que puedan producir "in situ" dentro e quirófano por esta causa.
-Realizar un indicador de todas aquellas piezas críticas que después de la limpieza en termodesinfectadora hay que volver a reprocesar y conocer la causa.

DURACIÓN

-Febrero- Septiembre 2018: Realización de fotografías de los distintos materiales críticos.
-Septiembre-Noviembre 2018: Identificación de cada material con su nombre y fotografía. Crear formato para registrar incidencias e este tipo.
-Diciembre 2018: Evaluación de registrados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0399

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRÁFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA EMBOLSADO QUE SE PORCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN GONZALEZ VAQUERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRANDO RAMOS MARIA JESUS
FUSTER BUJ ELENA
SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO
INSA DOMENE NURIA
RODRIGUEZ ALBA SUSANA
NEGRU LUCA OANA ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Hemos realizado un catálogo fotográfico (digital y formato papel) de cada material, entre los meses de Febrero y Septiembre de 2019, así como un índice de todo el material embolsado de traumatología que se lava y, posteriormente, se esteriliza en el Servicio (en nuestra Central no hay enfermera adjudicada y muchas veces no conocemos el nombre técnico del material que hay que embolsar). La finalidad es evitar errores de registro en la identificación del material y conseguir una correcta trazabilidad del producto, evitando así que se pueda producir alguna interrupción en el flujo del quirófano por falta de algún material, posibilitando conocer puntualmente si un material extraviado en quirófano llegó a la central, y protegiendo de esta forma la seguridad del paciente en el momento de hacer uso de los productos embolsados y esterilizados de traumatología.
- El índice lo vamos a adjuntar a la documentación de la Central como DOCUMENTACION EXTERNA, y adjuntarlo a la documentación del sistema de gestión de la calidad de la central (ISO 9001).
-Hemos cotejado nuestro índice con la relación del material que tienen en quirófano y a fecha de hoy tenemos registrado el 100% del material embolsado de traumatología.
- La responsable de la Central desde Septiembre hasta Noviembre de 2019 ha identificado cada material con su nombre y foto siempre cotejando con la referencia del producto. Ha introducido los materiales embolsado de traumatología que no estaban registrados en el registro informático TRAZINS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos valorado el indicador % de material embolsado de traumatología identificado correctamente con su nombre y su fotografía (Número de piezas embolsadas, identificadas correctamente con su nombre y su fotografía x 100/ N de piezas catalogadas de materiales embolsados de traumatología(a partir del listado en el BQ). El resultado obtenido ha sido del 100%, todo el material embolsado de traumatología que hay en el Servicio de Quirófano está identificado, con su foto y registrado para hacer la correcta trazabilidad y además poder tener el indicador general de la Central.
-Hemos reducido las reclamaciones del Servicio de Quirófano relacionadas con la identificación del material (0 reclamaciones en este año)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos identificado correctamente todo el material embolsado de traumatología cotejándolo con los listados del quirófano, que ha permitido eliminar las reclamaciones por identificación del material, y ha hecho mucho más precisa la medición de los indicadores de recepción y esterilización de la central.
Al tener identificado, con foto y registrado el 100% del material embolsado de traumatología que tienen en el Bloque Quirúrgico, hemos conseguido trazar piezas extraviadas en el quirófano y avisar al quirófano cuando ciertos materiales no llegan. Este proceso sería mucho más efectivo si el quirófano entregara a la central una relación con el material que entrega, que así podría verificarse doblemente en la central en el momento de la recepción, con lo que se extraviarían menos piezas.
La identificación del material faltante en la central permite asegurar que no faltan piezas al comenzar la intervención evitando retrasos en quirófano y evitando riesgos la paciente (SEGURIDAD DEL PACIENTE).

Monitorizaremos el indicador cada 6 meses en el sistema de gestión de la calidad de la central (ISO 9001).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/399 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0399

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PROCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0399

Título
CATALOGO FOTOGRAFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRURGICO DE TRAUMATOLOGIA EMBOLSADO QUE SE PROCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
GONZALEZ VAQUERO CARMEN, FERRANDO RAMOS MARIA JESUS, FUSTER BUJ ELENA, SANCHEZ ROYO JOSE ALBERTO, INSA DOMENE NURIA, RODRIGUEZ ALBA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NO PATOLOGIA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: OBJETIVOS PROPIOS DE LA CENTRAL EN ISO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La central de esterilización no tiene una enfermera adjudicada y muchas veces las auxiliares no conocen la denominación técnica del material que tienen que embolsar, por lo que a veces se producen errores de registro al identificar el material, perdiéndose la trazabilidad del producto, encontrándose en el quirófano a veces material que no corresponde a lo que habían solicitado, interrumpiendo el flujo del quirófano.

RESULTADOS ESPERADOS

-Identificar de forma correcta todo el material embolsado.
-Obtener un registro fiable del material embolsado.
-Obtener un registro numérico del material embolsado que se esteriliza en la Central de Esterilización, valor de gran ayuda para los indicadores generales de la Central.
- Reducir las reclamaciones del quirófano relacionadas con la identificación del material

MÉTODO

- Crear un archivo fotográfico que relacione el instrumental con su denominación técnica:
• Realizar foto individual de cada instrumental
• Identificarlo con ayuda de la referencia y de la Responsable de Calidad de la Central de Esterilización.
• Elaboración de un registro fotográfico en formato papel.
• Elaboración de un registro fotográfico en formato digital.

INDICADORES

% de material embolsado identificado correctamente con su nombre y su fotografía.
Crear un indicador con el que podamos medir el % de material embolsado de trauma propio que hemos catalogado.
N de materiales catalogados/n de materiales embolsados de traumatología (hay listado) x100

Estándar: =< 2%

DURACIÓN

Febrero-Septiembre 2019: Realización de fotografías de los materiales de traumatología embolsado.

Septiembre-Noviembre 2019: Identificación de cada material con su nombre y foto. Introduciendo en el registro informático TRAZINS los materiales embolsados que no estén registrados.

Diciembre 2019: Evaluación de registrados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0399

1. TÍTULO

CATALOGO FOTOGRÁFICO DEL INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO DE TRAUMATOLOGÍA EMBOLSADO QUE SE PORCESA EN LA CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL VARELA MARTINEZ
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS
SANCHO VAL LUIS IGNACIO
BALFAGON ORTIZ BEATRIZ
LABORDA GALICIA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes(GPA)(Farmatools®)
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
- Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
- Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La revisión y actualización del Maestro de Artículos así como la configuración del programa informático se iniciaron en Junio del 2016. Este proceso de actualización es continuo de manera que se siguen incorporando los nuevos medicamentos adquiridos a la base de datos e incluyendo los nuevos ciclos de tratamiento en el programa de Gestión de Pacientes Ambulantes según demanda por parte de Hematología.

La formación al personal de Farmacia implicado se desarrolló después del proceso de configuración y la implantación del programa informático en el Servicio de Farmacia se realizó en Octubre de 2016.

Posteriormente se llevaron a cabo sesiones de apoyo a Hematología durante Marzo y Abril de 2017. La prescripción electrónica médica comenzó en Marzo del 2017 pero a partir de Septiembre las prescripciones volvieron al formato papel.

Sin embargo el Servicio de Farmacia ha continuado trabajando con el programa informático incorporando al mismo todas las prescripciones que recibe del Servicio de Hematología. Por este motivo la trazabilidad, la gestión del stock y la calidad en la preparación de las mezclas intravenosas así como la imputación del consumo por paciente y Servicio no se han visto afectadas por la no prescripción médica electrónica por parte del Servicio de Hematología.

En total, se han validado electrónicamente 13 pacientes durante el 2017, lo que han supuesto un total de 909 mezclas elaboradas (que no ciclos por paciente).

Con respecto a los indicadores:

- N° de prescripciones médicas electrónicas del servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del servicio de Hematología: de las 909 mezclas elaboradas, hematología ha validado 149 órdenes de tratamiento y Farmacia 683. Por lo tanto, los hematólogos han prescrito electrónicamente un 21,9% de los tratamientos.

- N° de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informático del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del servicio de Hematología: el 100% de las mezclas intravenosas están reflejadas en el programa informático ya fuera a través de prescripción electrónicas por parte de Hematología o por transcripción de la orden médica en formato papel por parte de los farmacéuticos al programa de pacientes ambulantes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El motivo por el cual el Servicio de Hematología dejó de prescribir electrónicamente fue porque no llegaba a entender su funcionamiento lo que provocaba que se demorasen las consultas. Se reforzará la formación y se ajustará más el programa a sus demandas para facilitarles la asistencia al paciente.

Desde el punto de vista del paciente, se ha reforzado la seguridad al estar informatizado tanto protocolos (como ayuda en la prescripción) como hojas de preparación de las mezclas y etiquetas de paciente (como ayuda en la elaboración y administración).

Con respecto a la gestión de stock e imputación de consumos por pacientes y unidad clínica, desde la implantación de la prescripción electrónica en pacientes ambulantes, se ha optimizado lo que ha facilitado mucho la labor de farmacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/37 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Nº de registro: 0037

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
VARELA MARTINEZ ISABEL, SANCHO VAL LUIS IGNACIO, PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS, MOYA GOMEZ MARIA TERESA, BALFAGON ORTIZ BEATRIZ, ROYO SOLER MIRIAM, LABORDA GALICIA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El objetivo de este proyecto es la informatización completa del área de Pacientes Ambulantes del Servicio de Farmacia y la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes hematológicos. En la actualidad las prescripción médica, validación farmacéutica y preparación de las mezclas se realiza de forma manual.
Resultados hasta el momento: Durante 2014 y 2015 se realizó la implantación de la prescripción electrónica en el ámbito de pacientes ambulantes pertenecientes a los Servicios de Oncología Médica, Reumatología, Dermatología y Digestivo con resultados muy satisfactorios. Se obtuvieron las mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración mezcla intravenosa-dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de error.
- Aumento de la seguridad en la preparación de las mezclas intravenosas.
- Mejora en el proceso de prescripción médica
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica
- Mejora en el proceso de preparación de la mezcla intravenosa y su dispensación.

MÉTODO

1. Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®)
2. Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®)
3. Prescripción médica electrónica.
4. Validación farmacéutica electrónica.
5. Impresión de las hojas de preparación y etiquetas por paciente y mezcla intravenosa a preparar.
6. Mejora del control de calidad de las mezclas intravenosas.
7. Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad clínica.

INDICADORES

Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Hematología.

Nº de mezclas intravenosas preparadas mediante proceso informatizado del Servicio de Hematología versus no electrónicas del total de mezclas intravenosas preparadas del Servicio de Hematología

DURACIÓN

Septiembre 2016: Configuración del programa informático
Noviembre 2016: Validación del proceso de informatización . Introducción de mejoras.
Enero 2017-Mayo 2017: Formación del personal implicado, implantación del proceso de implantación electrónica.
Mayo 2017-Septiembre 2017: Seguimiento e implantación de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0037

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL AREA DE PACIENTES AMBULANTES HEMATOLOGICOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

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 - 2016/1485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO TRIANA YARA MARIA
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC
LACUEVA PORTOLES PILAR
MOLIAS FERRER JAVIER
ALTABAS ALCON ADRIAN
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®. a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo. Tras dos años de trabajo se actualizaron las bases de datos de medicamentos del servicio de farmacia y se revisaron las pautas posológicas y dosis más frecuentes
2. Se modificó la estructura de camas del módulo de unidosis de FarmaTools®. para adaptarlo a nuestro hospital.
3. Revisión de la disponibilidad de ordenadores e impresoras y dotación del material necesario
4. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos. En Diciembre de 2017 comenzamos con la formación a los facultativos, una planta de hospitalización por semana, comenzando por la planta sexta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el momento actual toda la prescripción de la unidosis de las plantas sexta, quinta y cuarta se está haciendo con el módulo, por lo que se cumple nuestro objetivo del 50%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos encontrado dos obstáculos con los que no contábamos:

- La gran cantidad de papel que se genera para trazar la administración de fármacos por enfermería que está engordando considerablemente nuestras historias, en un contexto de insuficiencia de archivos de historias, de forma que dirección acaba de paralizar la implantación en las dos plantas restantes hasta que se nos actualice al nuevo módulo de Farmatools que corrige este problema, que se espera para Abril de 2018.

- La actitud de algunos profesionales que, a pesar de tener el registro informático, imprimen el tratamiento de forma innecesaria con lo que sigue entrando papel en la historia clínica electrónica, algo que hay que subsanar en los próximos meses.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1485 ===== ***

Nº de registro: 1485

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Autores:
URIARTE PINTO MOISES, ALONSO TRIANA YARA MARIA, RUIZ MARISCAL MARIA, MUÑOZ FARJAS ELENA, FANDOS LORENTE SERGIO, SOLANO SANCHEZ MARINA LUISA, GRACIA ROCHE CARLOS, YAYA BEAS MANUEL RICARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Todas las edades
Tipo Patología Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías. Afecta a todo paciente que ingrese en nuestro hospital
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1485

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras cumplimentar en el año 2014 el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) observamos numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos. En la actualidad disponemos en nuestro hospital de prescripción manual mediante la cumplimentación a mano del nombre y nº de historia clínica del paciente, así como de la medicación en las hojas de autocalco de unidosis. Además, según nuestros indicadores de historia clínica, más de la mitad no se firman por el médico responsable. En estas condiciones la probabilidad de errores (legibilidad, abreviaturas, ausencia de identificación...) aumenta considerablemente.

Por otra parte al bajar en papel a farmacia suelen bajar todas juntas y a última hora teniendo que realizar apresuradamente su transcripción al programa informático de farmacia y el posterior llenado de los carros de unidosis, lo que aumenta la probabilidad de aparición de errores.

Esto se puede evitar mediante la implantación de la prescripción electrónica asistida (PEA) en la que el facultativo realiza la prescripción médica en el módulo de Unidosis de FarmaTools® evitando la transcripción de enfermería a su gráfica de enfermería y la transcripción de la orden médica en farmacia para introducirla en el módulo de Unidosis de FarmaTools® para la preparación del carro de unidosis.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Conseguir que las prescripciones sean legibles por el servicio de farmacia
2. Estandarizar las abreviaturas y acrónimos relacionados con la prescripción
3. Asegurar la identificación inequívoca del médico prescriptor
4. Asegurar la disponibilidad del registro de alergias en el momento de la prescripción
5. Disponer de forma directa del peso del paciente en el momento de la prescripción por si precisa ajuste de dosis
6. Disponer de una guía farmacoterapéutica actualizada que limite la selección de medicamentos imprescindibles y permita acotar los criterios de indicación de fármacos especiales y reducir el gasto farmacéutico.
7. Conseguir que todas las prescripciones sean validadas por un farmacéutico.

MÉTODO

1. Adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia en el módulo de Unidosis de FarmaTools®.
 - a. Cambio de la descripción de los medicamentos de nombre comercial (en la actualidad) a principio activo.
 - b. Revisión de las pautas posológicas y dosis más frecuentes de los medicamentos para actualizar la base de datos de medicamentos de farmacia.
 2. Modificar la estructura interna de las camas para adecuarlas a la prescripción electrónica en la estructura del módulo de unidosis de FarmaTools®.
 3. Formación a los facultativos implicados en el proceso de prescripción médica del paciente ingresado mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
 4. Implantación definitiva de la PEA.
- Como recursos materiales será necesario dotar las unidades de material informático necesario para asegurar el correcto y cómodo trabajo de los facultativos.

INDICADORES

Definición del indicador: porcentaje de órdenes de tratamiento que llegan de forma electrónica respecto al total de órdenes médicas totales.

$(\text{Órdenes médicas electrónicas} / \text{Total de ordenes médicas electrónicas y papel}) \times 100$

Fuente de Datos: Auditoría

Valor objetivo: 50% en el último trimestre de 2017, para todos los servicios hospitalarios.

Límite Inferior: 40%

Límite superior: 50%

DURACIÓN

Mayo-Agosto de 2017: Revisión y adecuación de la base de datos de medicamentos del Servicio de Farmacia.

Septiembre de 2017: Formación a los facultativos.

Octubre de 2017: implantación definitiva.

Enero de 2018: evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1610

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN
VIDAL MESEGUER ANA PILAR
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Dicho procedimiento ha seguido criterios de ordenación 5S con el objetivo de optimizar el espacio disponible en los controles de enfermería así como la limpieza. Se ha elaborado un listado de medicamentos de alto riesgo, se han comprado cajetines nuevos para la medicación marcando en color verde oscuro los medicamentos de alto riesgo. Se ha eliminado las presentaciones farmacéuticas que pudiera dar lugar a confusión. Finalmente se ha hecho énfasis en la difusión de los "cinco correctos". Se ha adoptado el registro de caducidades mediante calendario. Finalmente, aunque se acordó marcar stocks mínimos como referencia se decidió no implementar el formato de rotura de stock teniendo en cuenta que la farmacia está disponible las 24 horas.

Se han renovado los termómetros de las neveras.
Se ha desarrollado acciones formativas en todas las plantas.
Se ha realizado auditoría de botiquines en Enero de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se muestran los resultados principales de la auditoría de botiquines:

- Todos los botiquines tenían actualizada la libreta de caducidades no encontrando ningún fármaco caducado.
- No se detectó ninguna rotura de stock.
- La sistemática de clasificación de los fármacos se mantenía de acuerdo a lo establecido.
- Se evidencia la mejora en el orden, el espacio de trabajo y la limpieza de los controles

Sin embargo como aspectos mejorables encontramos:

- Fármacos multidosis en nevera, a veces identificado por número de cama en lugar de nombre del paciente. A veces hemos encontrado multidosis sin fecha de apertura. En alguna nevera ausencia de registro de temperatura.
- Registro de estupefacientes. Hemos mejorado en la seguridad dado que todos los botiquines de estupefacientes estaban cerrados, sin embargo se evidencia que el registro de datos del médico prescriptor con frecuencia están incompletos o ausentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El procedimiento ha incrementado sensiblemente la seguridad del procedimiento de administración de fármacos, aunque aún persisten costumbres a cambiar en el manejo de los fármacos multidosis que esperamos corregir con el informe de auditoría y nuevas sesiones. En cualquier caso damos por cerrado el proyecto dado que la mayor parte se ha implementado con éxito, aunque monitorizaremos su desarrollo una vez al año como se indica en el propio procedimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1610 ===== ***

Nº de registro: 1610

Título
INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, TURON ALCAINE JOSE MARIA, URIARTE PINTO MOISES, MARTINEZ FERRI MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1610

1. TÍTULO

INCREMENTAR LA EFICIENCIA Y LA SEGURIDAD DE LA DISPENSACION DE FARMACOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ MEDIANTE UN PROCEDIMIENTO DE GESTION DE BOTIQUINES

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 el año 2014 cumplimentamos el Cuestionario Internacional de Evaluación del Sistema de Utilización de Medicamentos en los Hospitales (ISMP) que señaló numerosas áreas de mejora, entre otras esta que presentamos. En el mismo año realizamos una auditoría de botiquines que mostró numerosas deficiencias que hemos ido corrigiendo (por ejemplo comprando armarios de medicación y cambiando cajetines con identificación de los fármacos peligrosos). Queda una última parte que es la elaboración e implantación de un procedimiento de gestión de botiquines que afecte a todo el hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

Sistematizar la gestión del botiquín, mejorando el orden en los controles, la gestión de caducidades, asegurar la disponibilidad de stocks sin tener que almacenar gran cantidad de productos en planta e identificar los fármacos de alto riesgo en los cajetines identificados por colores.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento de gestión de botiquines. Acciones formativas para enfermería del hospital. Auditoría anual.

INDICADORES

Disponibilidad de formato de caducidades cumplimentado mensualmente, disponibilidad de formato de rotura de stock cumplimentado, registro de caducidades cumplimentado, ausencia de fármacos caducados, fármacos con fecha de apertura en nevera, cajetines con fármacos de alto riesgo identificados con color distinto.
Fuente de Datos: Auditoría

DURACIÓN

Julio 2017: Procedimiento de gestión de botiquines. Responsable JM TURÓN
Septiembre 2017. PLAN DE FORMACIÓN. MJ MARTINEZ FERRI
Enero 2017: AUDITORIA.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VERDUN AGUILLAR JUAN ANTONIO
ALONSO TRIANA YARA MARIA
MALDONADO DOMENECH ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto las actividades realizadas han sido las siguientes:

- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del servicio de Oncología Médica y personal de enfermería implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- Se ha formado a los facultativos del Servicio de Oncología Médica en materia de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico de los pacientes para la utilización del aplicativo informático.
- Se han revisado y adaptado de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación.
- Se ha formado al personal de enfermería para la confirmación on-line de la asistencia del paciente tras la verificación de la prescripción por parte del médico.
- Se ha instruido al personal de enfermería para la impresión de la "Hoja de administración de tratamiento antineoplásico" que contiene información necesaria para la administración del tratamiento (dosis, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc..) así como registro de la administración mediante firma por parte de enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el primer semestre de 2018 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oncología Médica y Farmacia Hospitalaria. De forma gradual se ha conseguido una mejor gestión en todos los niveles:
-A nivel de eficiencia: se ha conseguido optimizar la gestión de compras y stocks, evitando roturas de stocks y realizado de esta forma una adquisición eficiente de los antineoplásicos. Se ha optimizado la programación de los planes farmacoterapéuticos mejorando la planificación de la actividad en hospital de día, así como los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, lo que conlleva a una previsión adecuada de pacientes y tratamientos con antelación. La confirmación de la prescripción por parte de enfermería una vez verificado el tratamiento aporta valor a todo el proceso acortando tiempos en el circuito.
-A nivel clínico: se ha mejorado el proceso de prescripción médica en hospital de día por parte de Oncología Médica, alcanzando una mejora en la protocolización de esquemas antineoplásicos. Se ha aumentado la seguridad en el paciente mejorando el sistema de administración de antineoplásicos, así como adecuando la firma del personal de enfermería gracias a la utilización de la "Hoja de administración de tratamiento antineoplásico". Además, se ha mejorado en la trazabilidad de todo el proceso.
Todas estas mejoras alcanzadas han permitido optimizar al mismo tiempo la explotación informática de datos diagnósticos y terapéuticos.
Respecto a los indicadores de evaluación, tanto el porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto como el número el número de roturas de stock fue cero en ambos casos. El porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día fue del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gestionar el hospital de día oncológico supone un control de los procesos para poder garantizar la seguridad en los pacientes.
Gracias a la prescripción electrónica y al uso adecuado del aplicativo disponible es posible una planificación eficiente de la actividad de hospital de día que conlleva a una optimización de los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, a una mejora en el sistema de administración del tratamiento por parte de enfermería, y a una mejora tanto en la seguridad del paciente como en la trazabilidad de todo el circuito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/741 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Nº de registro: 0741

Título
OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Autores:
FERNANDEZ ALONSO EDGAR, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, ALONSO TRIANA YARA MARIA, GALAN CERRATO NIEVES, MALDONADO DOMENECH ANA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La gestión de hospital de día oncológico es compleja y requiere en la práctica clínica de la participación de diferentes profesionales con un exigente control de los procesos para garantizar la seguridad del paciente. Además, este tipo de tratamientos resultan de los más complejos existentes actualmente en la terapéutica: complejidad de esquemas, diferentes criterios de dosificación, diversas pautas de administración, etc.. Gracias a las nuevas herramientas en tecnologías de la información y comunicación, podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, confirmación del paciente, validación farmacéutica, preparación, dispensación, administración de enfermería y seguimiento del paciente. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos. Actualmente en el centro se está realizando un uso ineficiente del sistema de prescripción electrónica: -No existe una programación eficiente de los ciclos de los pacientes correspondientes al plan terapéutico. -No es posible realizar una gestión eficiente y una planificación de la actividad de hospital de día a través de una agenda de programación de pacientes informatizada (se realiza manual), y ello conlleva a ineficiencias en el proceso de compras y a roturas de stock. -La administración de enfermería se realiza siguiendo una prescripción manual, en vez de utilizar una electrónica validada por el Farmacéutico, que además se acompañaría de instrucciones en la administración. Debido a todos estos factores expuestos es aconsejable la optimización del circuito de forma que proporcione argumentos en la mejora de seguridad en el entorno de una farmacoterapia tan compleja.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejora en el proceso de prescripción en Oncología Médica en el ámbito de Pacientes Ambulantes.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios en el Servicio de Farmacia Hospitalaria.
- Mejora del sistema de administración de antineoplásicos por parte de enfermería: implantación de un sistema de confirmación presencial de pacientes y de administración electrónico validado por el Farmacéutico, proporcionando un incremento en la seguridad a este nivel.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Mejora de la eficiencia: optimización de los recursos (gestión de stocks y compras).

MÉTODO

Se proporcionará por parte del servicio de Farmacia Hospitalaria formación adicional y específica a los facultativos del servicio de Oncología Médica en materia de prescripción informatizada y de programación eficiente de los ciclos del plan terapéutico. Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos antineoplásicos estandarizados en función del diagnóstico e indicación. Se proporcionará formación específica para el personal de enfermería: confirmación online de la prescripción tras verificación de la situación del paciente en la consulta o analítica del paciente. Impresión de la "Hoja de Administración de tratamiento antineoplásico" para enfermería tras validación Farmacéutica, que contiene la información necesaria para la administración de antineoplásicos: dosis, forma farmacéutica, cuidados específicos, tiempos de infusión, etc.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0741

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA PRESCRIPCION MEDICA, VALIDACION FARMACEUTICA Y ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS ANTINEOPLASICOS EN HOSPITAL DE DIA. MEJORA DE LA GESTION Y PLANIFICACION DE LA ACTIVIDAD

- Porcentaje de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico incluidos en el programa respecto al total de pacientes tratados con quimioterapia oncológica en el hospital desde el inicio del proyecto.
- N° de roturas de stock
- Porcentaje de pacientes oncológicos con programación en el sistema informático respecto del total de pacientes programados en hospital de día.

DURACIÓN

El proceso de implantación del circuito de mejora se llevará a cabo durante el primer semestre del 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERNANDEZ ALONSO EDGAR
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN
AGUILAR GASCON YOLANDA
ROCA PONZ ROSA MARIA
FORT JULIAN ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado y actualizado las fichas de las vacunas en el maestro de artículos del programa de Farmatools.

Se han creado en el módulo de pacientes ambulantes (DPA) calendarios de vacunación basados en el protocolo de vacunación de grupos de riesgo implantado en el hospital por el servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Se ha instalado el programa de prescripción electrónica (DPA) en la consulta de Medicina Preventiva con ayuda del servicio Informático.

Se ha formado al personal implicado en el circuito de vacunación en su área concreta de actuación:

Servicio de Medicina Preventiva: médico especialista (prescripción electrónica de protocolos de vacunación) y enfermería (confirmación de día de administración al paciente y registro de visita con anotación de información de interés- lote y caducidad de las vacunas, zona de inyección, efectos adversos, lugar de administración -hospital o centro de salud-)

Servicio de Farmacia: técnicos de farmacia (procedimiento de dispensación de vacunas tras validación farmacéutica, anotando el lote, caducidad y unidades que se dispensen de cada vacuna prescrita) y personal administrativo (imputación del consumo por paciente, vacuna - con lote y caducidad- y unidad.)

El 2 de julio de 2018 se empezó con prescripción y validación electrónica a través de la DPA.

Durante la fase de seguimiento y en base a nuevas directrices de la Dirección General de Salud Pública en calendarios vacunales, se fueron creando nuevos protocolos de vacunación en la DPA y modificando vacunas en los existente por motivos de desabastecimiento con el fin de ofrecer una alternativa al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los indicadores propuestos:

- El 100% de las prescripciones del servicio de Medicina Preventiva se han realizado electrónicamente a través del programa de la DPA. Además, se ha registrado por parte de enfermería información relacionada con el proceso de vacunación (señalada anteriormente en el apartado de actividades) facilitando seguimiento del paciente por parte de Medicina Preventiva y la gestión administrativa por parte de Farmacia.

- Únicamente dos pacientes han sufrido demora en la fecha de administración de vacunas por estar desabastecidas y no disponer de alternativas. Las vacunas implicadas fueron Vagta 50 (retraso de 15 días) y Pneumovax 23 (retraso de 10 días): Media de demora en la administración: 12,5 días. Rango: 5 días.

- Durante el periodo de implantación y seguimiento del proyecto no se han producido alertas de calidad de las vacunas disponibles en el hospital. Aun así, si se produjera dicha situación en un futuro, el doble registro de lotes y caducidades de vacunas, permitiría a Farmacia encontrar rápidamente los pacientes a los que se les hubieran administrado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la prescripción electrónica en el servicio de Medicina Preventiva ha supuesto una mejora en seguridad al reducirse la probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración de las vacunas. Además, ha permitido optimizar la gestión de información al tener registrado en el programa de la DPA el calendario vacunal y datos de interés de cada paciente.

La implantación de la prescripción electrónica también ha permitido que el servicio de Farmacia pueda:

- Tener una previsión de vacunas con varias semanas y en ocasiones meses de antelación mejorando con ello la gestión de stocks al disponer de mayor tiempo para realizar pedidos a laboratorios o peticiones a la DGA de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Teruel (Departamento de Sanidad) y búsqueda de alternativas frente a desabastecimientos.

- Localizar más rápidamente a pacientes a los que se les hubiera administrado vacunas con lotes afectados por alertas de calidad.

Dado a que las vacunas que sufrieron demora en administración son suministradas por el Departamento de Sanidad de Teruel como medida de control ante desabastecimientos, se deberá de acordar con dicha entidad un circuito que optimice la gestión y envío de vacunas para evitar demoras en futuras administraciones a pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1002 ===== ***

Nº de registro: 1002

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, LAHOZ ROMEO MARIA DEL CARMEN, AGUILAR GASCON YOLANDA, ROCA PONZ ROSA MARIA, FORT JULIAN ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías con algún estado de inmunosupresión
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente la prescripción de vacunas por el servicio de Medicina Preventiva se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).
La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Medicina Preventiva supondría una optimización del proceso asistencial del paciente en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración) traduciéndose en una mejora en seguridad. La gestión de la vacunas será más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados, detección rauda de pacientes perjudicados), así como alertas de desabastecimientos al disponer de una previsión de pacientes con varios meses de antelación.
Este proyecto se ve avalado por los buenos resultados obtenidos tras la implantación de la prescripción electrónica en las áreas de Oncología Médica, Hematología, Reumatología, Digestivo y Dermatología (años 2014 al 2016).

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Previsión de stocks necesarios de vacunas (mayor margen de actuación en situaciones de desabastecimiento al disponer programación de pacientes y tipo de vacuna).
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración.

MÉTODO

- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Ambulantes (Farmatools®).
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Gestión del stock de vacunas e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
- Gestión de alertas de desabastecimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1002

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA EN COLABORACION CON EL SERVICIO DE FARMACIA PARA LA OPTIMIZACION DEL CIRCUITO DE VACUNAS

- Gestión de alertas de calidad.

INDICADORES

- Nº de prescripciones médicas electrónicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva *100/ Total de prescripciones médicas de vacunas del servicio de Medicina Preventiva.
- Media y rango de días de demora en la administración de una vacuna (o alternativa) a un paciente ante problemas de desabastecimiento. (Rango= demora mínima-demora máxima)
- Media y rango de días de demora en la retirada de vacunas con alertas de calidad.

DURACIÓN

Junio 2018: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Ambulantes), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta y formación del personal implicado.
Julio 2018: Implantación de la prescripción y validación electrónica.
Julio 2018 - enero 2019: Seguimiento e instauración de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0466

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EDGAR FERNANDEZ ALONSO
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
LATRE REBLED BEATRIZ
ALONSO TRIANA YARA MARIA
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
MALDONADO DOMENECH ANA
LARIO MARCO SANDRA
GONZALEZ TOMAS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la presentación del proyecto y de forma consensuada entre todas las partes implicadas se decidió llevar a cabo la implantación de la prescripción electrónica en dos fases: una primera fase de implantación en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), y una segunda fase en el área de Pacientes Ambulantes.

Primera Fase: Cirugía Mayor Ambulatoria. Se llevó a cabo a lo largo del primer trimestre de 2019, realizando las siguientes actividades:

- Formación en Farmatools® - prescripción electrónica de medicamentos a través del módulo de Unidosis por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería de la unidad de CMA implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- Se ha formado al personal de Enfermería en materia de programación eficiente de los pacientes y de su plan terapéutico, para un adecuado uso del aplicativo informático.
- Se han revisado y adaptado de forma consensuada protocolos farmacoterapéuticos de aplicación en la unidad de CMA, estandarizados en función del diagnóstico e indicación: Cirugía de Cataratas y Cirugía de Glaucoma.
- Dichos protocolos farmacoterapéuticos se han introducido en el aplicativo informático de cara a facilitar y agilizar la prescripción por parte del facultativo.
- Se ha instruido al personal de enfermería para la impresión de la "Hoja de administración de tratamiento" que contiene información necesaria para la administración del tratamiento (dosis, cuidados específicos, hora de administración).
- El personal de Enfermería de la CMA ha recibido formación sobre el nuevo sistema de administración electrónica de medicamentos PRESSALUD® para el registro electrónico a través de la historia clínica electrónica, de la medicación administrada al paciente de Oftalmología.

Segunda Fase: Área de Pacientes Ambulantes. Se llevó a cabo a lo largo del tercer trimestre de 2019, realizando las siguientes actividades:

- Formación en Farmatools® - prescripción electrónica de medicamentos a través del módulo de Pacientes Ambulantes (DPA) por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería implicados en el proceso mediante sesiones/reuniones en grupos reducidos.
- El personal del Servicio de Oftalmología recibió formación sobre la programación de pacientes y planificación de la actividad a través del aplicativo informático.
- Del mismo modo, se revisaron y consensuaron protocolos de tratamiento en función del diagnóstico e indicación, y se registraron en la aplicación de cara a facilitar y agilizar la prescripción al facultativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Primera Fase: Durante el primer trimestre de 2019 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería en el módulo de Unidosis de Farmatools®, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oftalmología y Farmacia Hospitalaria. De forma gradual se ha conseguido una mejor gestión tanto a nivel clínico como de eficiencia:

- Se ha mejorado el proceso de prescripción médica en el paciente de Oftalmología que acude a la unidad de CMA, optimizando la protocolización de los tratamientos y realizándose por completo de manera electrónica.
- El Farmacéutico contribuye en el proceso mediante la revisión de la farmacoterapia prescrita, optimizando de esta forma el proceso de validación farmacéutica.
- Se ha aumentado la seguridad en el paciente mejorando el sistema de administración de medicamentos por vía electrónica a través de la aplicación PRESSALUD®, lo que nos permite una mejora en la trazabilidad del proceso Prescripción médica - Validación Farmacéutica - Administración.
- Se ha optimizado la programación y la planificación de la actividad de los pacientes de Oftalmología en la unidad de CMA.
- Se ha conseguido adaptar el stock de Fármacos en la unidad de CMA, así como una mejora en la imputación de consumos a pacientes.

Segunda Fase: Durante el tercer trimestre de 2019 se llevó a cabo el proceso de formación a los facultativos y personal de enfermería en el módulo de Pacientes Ambulantes de Farmatools®, así como la adecuación en el aplicativo informático de los protocolos consensuados entre Oftalmología y Farmacia Hospitalaria. Del mismo modo, se ha conseguido una mejor gestión tanto a nivel clínico como de eficiencia:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0466

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

-Se ha implantado la prescripción electrónica de medicamentos en el ámbito de Pacientes Ambulantes, mejorando el proceso de Prescripción Médica - Validación Farmacéutica.
-Se ha conseguido optimizar la programación de los planes terapéuticos a través del aplicativo informático, de forma que permite realizar una planificación de la actividad con antelación y de los recursos necesarios tanto para Farmacia Hospitalaria como para Oftalmología. En relación a ello, se ha optimizado el proceso de gestión de compras y stocks, evitando roturas y realizado de esta forma una adquisición eficiente de los tratamientos.
-Mejora de los procesos de preparación y dispensación en Farmacia Hospitalaria: optimización en impresión de hojas de preparación a enfermería, etiquetas identificativas y preparado a elaborar.
-Se ha conseguido un mejor control de calidad y trazabilidad de las preparaciones gracias a su registro informatizado, acompañado de la reducción en la probabilidad de errores.
Todas estas mejoras alcanzadas en ambas fases han permitido optimizar al mismo tiempo la explotación informática de datos diagnósticos y terapéuticos del Servicio de Oftalmología.
Respecto a los indicadores de evaluación, desde la puesta en marcha de ambas fases del proyecto:
-El número de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Oftalmología en ambos módulos de prescripción respecto no electrónicas (papel), del total de prescripciones médicas del Servicio fue del 100%.
-El número de preparados oftalmológicos preparados mediante proceso informatizado (a través del módulo de Pacientes Ambulantes) respecto no informatizados, del total de preparados fue del 100%.
-Del mismo modo, el porcentaje de pacientes programados por parte del médico en el aplicativo informático respecto del total de pacientes programados fue también del 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a la prescripción electrónica y al uso adecuado de las aplicaciones disponibles, es posible una planificación eficiente de la actividad del Servicio de Oftalmología, que conlleva a una optimización de los recursos necesarios en Farmacia Hospitalaria, a una mejora en el sistema de administración del tratamiento por parte de enfermería a través de PRESSALUD®, y a una mejora tanto en la seguridad del paciente como en la trazabilidad de todo el circuito de prescripción médica - validación Farmacéutica -preparación - Administración electrónica de Enfermería.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/466 ===== ***

Nº de registro: 0466

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

Autores:
FERNANDEZ ALONSO EDGAR, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, ALONSO TRIANA YARA MARIA, LATRE REBLED BEATRIZ, EGEA ESTOPIÑAN CARMEN, MALDONADO DOMENECH ANA, LARIO MARCO SANDRA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los procesos de prescripción médica - validación farmacéutica - elaboración - dispensación resultan complejos y requieren de la participación minuciosa de diferentes profesionales para garantizar la seguridad del paciente. Evitar errores de medicación en cualquiera de las fases del circuito es una medida prioritaria en toda institución.
Gracias a herramientas informáticas podemos facilitar, simplificar y automatizar los procesos de prescripción médica, validación farmacéutica, preparación y dispensación. Todo ello, supone una reducción en los errores de medicación, así como la optimización de los procesos.
Actualmente la prescripción en el Servicio de Oftalmología se está realizando de forma manual, lo que puede conllevar a errores y a una gestión ineficiente de los recursos.
Resultados satisfactorios de la implantación electrónica en Servicios como Oncología Médica, Hematología,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0466

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN OFTALMOLOGIA. CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA. AREA DE PACIENTES AMBULANTES

Digestivo, Reumatología y Dermatología, apoyan el proyecto. Se obtuvieron mejoras previstas tanto en las relacionadas con la seguridad del paciente como en el circuito prescripción médica-validación farmacéutica-elaboración-dispensación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantación de la prescripción médica electrónica integral en el Servicio de Oftalmología: ámbito de Pacientes Ambulantes (cirugía mayor ambulatoria) y Pacientes Externos.
- Mejora en el proceso de prescripción médica en el Servicio de Oftalmología.
- Optimización de la programación de los planes terapéuticos de los pacientes, de tal forma que permita realizar una planificación de la actividad y de los recursos necesarios tanto para el servicio de Farmacia Hospitalaria como de Oftalmología.
- Mejora en la trazabilidad del proceso.
- Reducción de la probabilidad de errores.
- Aumento de la seguridad en la elaboración de los preparados oftalmológicos, así como en la dispensación.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Mejora en el proceso de preparación y dispensación.
- Optimización en la gestión de stocks de Fármacos e imputación de consumos por paciente (mejora en la trazabilidad).

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo, y programación de reuniones para la puesta en marcha, seguimiento y evaluación del proyecto.
- Formación por parte del Servicio de Farmacia Hospitalaria a los facultativos del Servicio de Oftalmología y personal de enfermería en materia de prescripción informatizada y de programación de los planes terapéuticos, así como al personal de enfermería de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.
- Se revisarán y adaptarán de forma consensuada protocolos estandarizados en función del diagnóstico e indicación en todos los módulos de prescripción: Unidosis, Pacientes Ambulantes y Pacientes Externos.
- Impresión en Farmacia de: previsión de pacientes en la unidad de cirugía mayor ambulatoria y fármacos necesarios, hojas de preparación para enfermería, etiquetas por paciente y preparado a elaborar.
- Mejor control de calidad de las preparaciones, así como registro informatizado.
- Firma electrónica de la medicación administrada en el paciente de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

INDICADORES

- Nº de prescripciones médicas electrónicas del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de prescripciones médicas del Servicio de Oftalmología. (mín.: 50% y máx.: 90%)
- Nº de preparados oftalmológicos preparados mediante proceso informatizado del Servicio de Oftalmología versus no electrónicas del total de preparados. (mín.: 50% y máx.: 90%)
- Porcentaje de pacientes con programación por parte del médico en el sistema informático respecto del total de pacientes programados. (mín.: 50% y máx.: 90%)

DURACIÓN

Marzo 2019: Formación a facultativos del Servicio de Oftalmología y adaptación/configuración de protocolos. Instalación del programa en los terminales informáticos. Formación al personal de Enfermería de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria y Oftalmología.
Abril - Junio 2019: Puesta en marcha y validación del proceso de informatización. Introducción de mejoras.
Julio 2019 -Diciembre 2019: Seguimiento e implantación de mejoras.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1019

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE YARA MARIA ALONSO TRIANA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ ALONSO EDGAR
GALAN CERRATO NIEVES
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
AGUILAR GASCON YOLANDA
ROCA PONZ ROSA MARIA
LABORDA GALICIA NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
3 de Junio 2019 - 28 de junio 2019:

Se revisaron y actualizaron en el maestro de artículos del programa de Farmatools® las fichas de los fármacos que se dispensan en el área de pacientes externos.

Se crearon en el módulo de dispensación de pacientes externos (DPE) protocolos oncológicos para la ayuda en la prescripción con las dosis y posologías más habituales. También se incorporó información farmacoterapéutica adjunta a cada protocolo para aportar al paciente en la dispensación de los inicios de tratamientos.

Se instaló el módulo DPE en los ordenadores de la consulta de Oncología con ayuda del servicio Informático.

Se formó al personal implicado en el circuito de prescripción/validación/dispensación en su área concreta de actuación:

Facultativos Especialistas en Oncología Médica: se les ha instruido en prescripción electrónica en el módulo DPE.

Servicio de Farmacia:

- Facultativos Especialistas en Farmacia Hospitalaria: se les ha formado en proceso de validación en el módulo DPE.
- Técnicos y auxiliares: se les ha enseñado cómo usar el sistema de dispensación segura de medicamentos que está integrado en el módulo de DPE. A través de él, se registra en la ficha de cada paciente, la fecha en la que ha retirado medicación del Servicio de Farmacia, así como la persona que le atiende y las unidades suministradas del fármaco/s implicado/s con su lote y caducidad.
- Personal administrativo: Comprobar, a través del módulo de gestión económica de Farmatools®, que la imputación del consumo por paciente se ha realizado correctamente.

1 de Julio 2019:

Se inició con la prescripción y validación electrónica a través del módulo de DPE. También se comenzaron a utilizar los sistemas de dispensación segura de medicamentos.

1 Julio 2019 - 30 enero 2020

Durante la fase de seguimiento y en base a actualizaciones en terapias oncológicas que han ido surgiendo durante la realización de este proyecto, se han ido incorporando nuevos fármacos en el maestro de artículos y modificando o introduciendo protocolos con su correspondiente información terapéutica destinada al paciente en el módulo DPE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con respecto a los indicadores propuestos:

- El 100% de las prescripciones del servicio de Oncología Médica se han realizado electrónicamente a través del programa de la DPE.
- El 100% de las prescripciones de Oncología fueron validadas electrónicamente por los farmacéuticos.
- Hubo 49 inicios de tratamiento y en todas ellas se aportó información farmacoterapéutica.
- No se puede han producido durante el desarrollo del proyecto ninguna alerta de calidad de los fármacos que se dispensan a pacientes externos con patologías oncológicas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1019

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

La implantación de la prescripción electrónica en el servicio de Oncología Médica ha supuesto una mejora en seguridad al reducirse la probabilidad de error en prescripción, validación y dispensación de fármacos. También ha reforzado la atención farmacéutica al incorporarse en la validación información de interés sobre el fármaco que se aportaba al paciente en el momento de la dispensación.

Además, se ha mejorado la trazabilidad del circuito de prescripción/validación/dispensación al permitir saber en todo momento las personas que implicadas en cada fase.

La implantación de la prescripción electrónica también ha permitido que el servicio de Farmacia pueda:

- Tener una previsión de fármacos permitiendo con ello mejorar la gestión de stocks al disponer de mayor tiempo para realizar pedidos a laboratorios y búsqueda de alternativas frente a desabastecimientos.
- Localizar más rápidamente a pacientes a los que se les hubiera administrado fármacos con lotes afectados por alertas de calidad.
- Realizar un seguimiento más exhaustivo del tratamiento de los pacientes al tener registrado sus fechas de dispensación de medicación.

Los buenos resultados obtenidos abre camino a expandir dicho proyecto a otros servicios clínicos del hospital de los que también se dispensa medicación correspondiente a su área de actuación en el servicio de farmacia a pacientes externos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1019 ===== ***

Nº de registro: 1019

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGIA PARA LA OPTIMIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE EN EL AREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
ALONSO TRIANA YARA MARIA, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, GALAN CERRATO NIEVES, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, AGUILAR GASCON YOLANDA, ROCA PONZ ROSA MARIA, LABORDA GALICIA NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Ley del Medicamento 25/90, del 20 de diciembre, establece, en su artículo 91, que para lograr el uso racional de los medicamentos los servicios de farmacia hospitalaria (SFH) tienen entre sus funciones la dispensación de tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control, así como la información de medicamentos y el desarrollo de actividades educativas y de cualquier otro tipo que puedan redundar en un mejor uso y control de los medicamentos.

Por otra parte, en los últimos años se viene potenciando y desarrollando de una manera formal el concepto de Atención Farmacéutica (AF), el cual puede definirse como "un proceso cooperativo para la provisión responsable de farmacoterapia con el propósito de conseguir resultados óptimos que mejoren la calidad de vida del paciente considerado individualmente".

Es por ello que el objetivo final que se busca con este proyecto es establecer los procedimientos necesarios que garanticen una atención adecuada a los pacientes externos atendidos en el SF del Hospital de Alcañiz. Para ello es necesario la colaboración de miembros de equipos multidisciplinares.

Actualmente la prescripción de fármacos por el servicio de Oncología médica se realiza manualmente desaprovechándose así todo el abanico de opciones que pueden ofrecer las herramientas informáticas disponibles en el Servicio de Farmacia (Farmatools).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1019

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA EN EL SERVICIO DE ONCOLOGÍA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL ÁREA DE PACIENTES EXTERNOS DEL SERVICIO DE FARMACIA

La instauración de la prescripción electrónica en el Servicio de Oncología Médica supondría una optimización del proceso asistencial del paciente externo en todos los niveles (prescripción, validación, adquisición, dispensación y administración). La gestión de fármacos sería más eficiente al facilitar una rápida actuación frente a alertas de calidad del producto (retirada de lotes afectados al detectar raudamente a los pacientes perjudicados gracias al sistema de dispensación segura de medicamentos incorporado en el módulo de Farmatools de Pacientes Externos). Además, Farmacia podrá aportar información farmacoterapéutica a los pacientes adjunta a la prescripción médica a través del programa informático quedando registrado en la historia farmacológica del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la trazabilidad del proceso.
- Establecer sistemas de gestión de stocks que permitan asegurar la disponibilidad de medicamentos.
- Mejora en el proceso de prescripción médica.
- Mejora en el proceso de validación farmacéutica.
- Reducción de probabilidad de error en prescripción, dispensación y administración de modo que se asegure la correcta dispensación de medicamentos al paciente
- Mejorar la Atención Farmacéutica en el área de pacientes externos
- Racionalizar la utilización de recursos y reducir los costes
- Establecer sistemas de garantía de calidad de los procesos

MÉTODO

- Revisión y configuración del Maestro de Artículos (Farmatools®).
- Configuración del programa informático de Gestión de Pacientes Externos (Farmatools®):
Creación de protocolos oncológicos de ayuda en prescripción
- Incorporación de información farmacoterapéutica relevante para el paciente
- Prescripción médica electrónica.
- Validación farmacéutica electrónica.
- Dispensación segura de fármacos (trazabilidad: personal sanitario que dispensa, paciente, fecha dispensación, fármaco y unidades dispensadas -lote y caducidad-)
- Gestión del stock de fármacos e imputación del consumo por paciente, fármaco y unidad.
- Gestión de alertas de calidad gracias a una mayor trazabilidad de lotes y caducidades de los fármacos que permitirían detectar los productos afectados de manera rápida y eficaz.

INDICADORES

- N° de prescripciones médicas electrónicas del servicio de Oncológica Médica*100/ Total de prescripciones médicas del servicio de Oncológica Médica. (Mín 50%-Máx: 90%)
- N° de prescripciones de Oncología validadas electrónicamente por Farmacia *100/ Total de prescripciones Oncológicas validadas por Farmacia. (Mín 50%-Máx: 90%)
- N° de prescripciones Oncológicas de tratamientos iniciales con aporte de información farmacoterapéutica *100/ Total de prescripciones Oncológicas de tratamientos iniciales
- Media y rango de días de demora en la retirada de fármacos con alertas de calidad.

DURACIÓN

Junio 2019: Configuración del programa informático Farmatools® (Maestro de Artículos y Gestión de Pacientes Externos), Instalación del programa en los ordenadores de la consulta de oncología y formación del personal implicado.
Julio 2019: Implantación de la prescripción y validación electrónica.
Julio 2019 - enero 2020: Seguimiento e instauración de mejoras.

OBSERVACIONES

TIPO DE POBLACIÓN O PACIENTES: Pacientes del área de Oncología que requieran tratamiento farmacológico de dispensación hospitalaria.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0135

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORRAL SUBIAS MONICA
GIMENO PELEGRIN JOAQUIN
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
RUIZ MARISCAL MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
HERNANDEZ MACHIN PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el programa para la optimización del uso de antimicrobianos (PROA) en paciente neutropénico con neoplasia maligna, dentro de la Comisión de Infecciosas del Hospital de Alcañiz. Se ha realizado dentro de los plazos previstos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El programa se encuentra pendiente de publicación, si bien ya está disponible en la intranet del Hospital de Alcañiz.
Todos los miembros del grupo han realizado tareas de campo del programa.
Se realizan evaluaciones y revisiones del mismo trimestrales, dentro de la Comisión de Infecciosas del Hospital de Alcañiz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El programa se encuentra en su fase final. Queda pendiente su publicación definitiva, así como la implementación del mismo en nuestro centro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/135 ===== ***

Nº de registro: 0135

Título
ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA, EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHO VAL LUIS IGNACIO, CORRAL SUBIAS MONICA, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, GIMENO PELEGRIN JOAQUIN, RUIZ MARISCAL MARIA, PIQUERAS SERRANO CARMEN, SALAS ALCANTARA MARIA, HERNANDEZ MACHIN PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

El objetivo de este proyecto es la elaboración e implantación de la guía del PROA, para el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en pacientes con neoplasia maligna.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0135

1. TÍTULO

ELABORACION E IMPLANTACION DEL PROGRAMA PARA LA OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS (PROA) EN PACIENTE NEUTROPENICO CON NEOPLASIA MALIGNA

- Mejorar los resultados clínicos de los pacientes con fiebre neutropénica.
- Minimizar los efectos adversos asociados al uso de antimicrobianos.
- Reducir las resistencias a los antimicrobianos.
- garantizar el uso de tratamientos coste-eficaces.

MÉTODO

- Formación de un grupo multidisciplinar de profesionales expertos, procedentes de las áreas de Hematología, Oncología y Medicina Interna.
- Realización de revisiones exhaustivas de la literatura científica sobre los aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de la fiebre neutropénica en el paciente con neoplasia maligna, con el fin de ir actualizando la guía PROA.
- Aprobación y revisión periódica de la guía PROA por la Comisión de infecciones y antimicrobianos del Hospital de Alcañiz.
- Difusión de la guía a todos los profesionales del centro.

INDICADORES

Los miembros del grupo deberán realizar las tareas de campo del programa, por lo que tendrán que realizar una parte de su tarea asistencial ligada al mismo.
La evaluación y seguimiento del guía PROA, se hará en el seno de la Comisión de infecciones y antimicrobianos.

DURACIÓN

- Septiembre 2016: Presentación de la guía.
- Revisiones durante todo el año 2016 y hasta Septiembre de 2017.
- Monitorización mensual del consumo de antimicrobianos en pacientes con neutropenia febril y neoplasia maligna.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARICIO MORENO MIGUEL
GAVIN BLANCO OLGA
RIOS GARCIA ISABEL
PELLICER PIQUER ANA
MOROS GARCIA MARIA JESUS
AYORA RUBIO RAQUEL
UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó curso de formación para todo el personal implicado en el acto transfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con la implantación del sistema Gricode, se ha conseguido que aproximadamente un 99% de las transfusiones se realicen con dicho sistema. Ello ha conllevado una importante mejora de la trazabilidad transfusional, con la consiguiente disminución de reacciones adversas (mejora de la hemovigilancia). No se ha notificado ninguna reacción transfusional grave desde su implantación. Actualmente, se puede consultar dicha trazabilidad en la intranet del Hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Sólo queda por mejorar, el tratado estadístico de los datos que se manejan con dicho sistema,, siendo este un objetivo menor, ya que el resto de objetivos principales se han alcanzado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Autores:
SANCHO VAL IGNACIO, PARICIO MORENO MIGUEL, GAVIN BLANCO OLGA, RIOS GARCIA ISABEL, PELLICER PIQUER ANA, MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS, AYORA RUBIO RAQUEL, UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemoterapia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

MÉTODO

Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.
Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.
Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

INDICADORES

Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.
Notificación de eventos adversos.
Reducción de incidentes transfusionales.

DURACIÓN

Inicio: Enero 2018
Finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE LUIS IGNACIO SANCHO VAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARICIO MORENO MIGUEL
GAVIN BLANCO OLGA
RIOS GARCIA ISABEL
PELLICER PIQUER ANA
MOROS GARCIA-MASCARAQUE MARIA JESUS
AYORA RUBIO RAQUEL
UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó curso de formación a todo el personal del Hospital implicado en el acto transfusional, entregándose diploma acreditativo, previo a la implantación física de Sistema Gricode.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se utiliza el sistema de trazabilidad y seguridad transfusional en prácticamente el 100 % de las transfusiones realizadas en nuestro centro, reduciéndose el número de eventos adversos asociados a la transfusión. Desde su implantación, no se ha notificado ninguna incidencia al servicio de hemovigilancia del Banco de Sangre y Tejidos de Aragón.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Actualmente, el sistema se encuentra totalmente implantado, quedando pendiente solamente la mejora del manejo estadístico de los datos recibidos en cada acto transfusional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

Autores:
SANCHO VAL IGNACIO, PARICIO MORENO MIGUEL, GAVIN BLANCO OLGA, RIOS GARCIA ISABEL, PELLICER PIQUER ANA, MOROS GARCIA MASCARAQUE MARIA JESUS, AYORA RUBIO RAQUEL, UBEDA PEREZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: hemoterapia
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hemovigilancia es el conjunto de procedimientos organizados de vigilancia de los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo de la cadena transfusional. Consiste en la detección, recogida y análisis de la información sobre los efectos adversos e inesperados, desde la selección del donante, extracción, procesamiento y análisis de la sangre, hasta la distribución y administración final de cualquiera de los componentes sanguíneos y el seguimiento de los receptores. El fin es prevenir y tratar su aparición o recurrencia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0727

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE SISTEMA DE HEMOVIGILANCIA TRANSFUSIONAL

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la trazabilidad de los componentes sanguíneos, es decir, tener la capacidad de identificar tanto al receptor de cada componente sanguíneo, como a todos los donantes que han intervenido en la transfusión de un determinado paciente.

MÉTODO

Implantación de sistema de hemovigilancia Gricode en todas las plantas del Hospital, así como en Sº de Urgencias, quirófanos y Hospital de Día.

Curso de formación tanto a médicos como a personal de enfermería y técnicos de laboratorio.

Procesamiento de datos recogidos con sistema Gricode para uso investigacional.

INDICADORES

Nº de transfusiones registradas con sistema Gricode.

Notificación de eventos adversos.

Reducción de incidentes transfusionales.

DURACIÓN

Inicio: Enero 2018

Finalización: Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0812

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVASEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MIGUEL PARICIO MORENO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHO VAL LUIS IGNACIO
PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO
GOMEZ ARA ANA
ALCAINE CHAURE FERNANDO
CRUZ LOPEZ ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización del protocolo de utilización de Novoseven junto con el consentimiento informado. Difusión del protocolo en todo el hospital, fundamentalmente en área quirúrgica-anestesia y urgencias. Se han revisado los resultados y el conocimiento del protocolo por los distintos servicios trimestralmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Reducción del uso de hemocomponentes en situaciones de sangrado grave vital en un 71,3% y del uso de otros concentrados de factores en un 68,1%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso de Novoseven siguiendo las indicaciones protocolizadas supone un ahorro de recursos en hemorragias graves o con compromiso vital. Muy implantado en los servicios de Urgencias y Anestesia. Queda pendiente insistir en su aplicación o disponibilidad para su uso en otros servicios hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/812 ===== ***

Nº de registro: 0812

Título
PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVASEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Autores:
PARICIO MORENO MIGUEL, SANCHO VAL IGNACIO, PERDIGUER RODRIGUEZ LUIS ANTONIO, GOMEZ ARA ANA, ALCAINE CHAURE FERNANDO, CRUZ LOPEZ ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a ser un uso fuera de indicación de ficha técnica del fármaco, se busca la unificación de criterios de uso siguiendo los estándares publicados hasta la fecha así como la disponibilidad de un consentimiento informado de manera rápida. Así mismo, debido al incremento del uso de fármacos anticoagulantes de acción directa, el sangrado como efecto adverso de estos medicamentos tiene un manejo más complicado en situaciones de urgencias, y más en situaciones de riesgo vital, por lo que conviene tener establecido el uso más apropiado de todas las armas terapéuticas.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0812

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO CON NOVASEVEN® (EPTACOG ALFA-FACTOR VII ACTIVADO) EN LOS PACIENTES CON HEMORRAGIA MUY GRAVE Y/O COMPROMISO VITAL

Se dirige a toda la población, ya que cualquiera puede presentar sangrados de muchas etiologías susceptibles de compromiso vital.

El objetivo es en primer lugar conseguir el mayor éxito terapéutico revirtiendo la situación grave o crítica del paciente con los menores efectos adversos posibles.

Otro objetivo es el ahorro en el uso de hemoderivados y evitando los posibles efectos secundarios de su administración.

La mayor parte de estas situaciones se encuentran en los servicios de Urgencias y en Quirófano.

MÉTODO

Se está realizando un protocolo que incluye información a cerca del fármaco, recomendaciones en su utilización y un consentimiento informado para poder entregar.

Se ha distribuido entre los servicios dónde es más probable su uso en las condiciones descritas, estando disponible para todo aquél que lo desee solicitándolo al servicio de Hematología.

INDICADORES

- Reducción del uso de hemocomponentes en sangrados masivos o compromiso vital.
- Reducción del uso de otros concentrados de factores.

DURACIÓN

1 año.

Se revisa cada trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0157

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANGEL DELGADO PASCUAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GONZALEZ GUIJARRO MARTA
MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL
ABELLA PEREZ CRISTINA
MORENO PARRA NATALIA
ALQUEZAR CIVERA MANUELA
OYOLA CARMONA DAVID
RUILOPEZ HERRERO YOLANDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un manual de acogida para profesionales sanitarios que contiene la siguiente información:

- Definición de la unidad.
- Funcionamiento del servicio.
- Material que se entrega a los pacientes.
- Funciones de enfermería por turnos.
- Ferro-terapia: Preparación y administración del fármaco.
- Consentimiento informado de ingreso en el servicio.
- Administración de inmunoglobulina humana intravenosa.
- Fármacos más habituales en domiciliaria.
- Manejo de las bombas elastoméricas.
- Manejo de la bomba CADD-Legacy plus.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de una guía práctica y de fácil manejo, destinada al trabajador sanitario que vaya a prestar sus servicios en esta unidad del hospital de Alcañiz.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con dicho manual e profesional que se incorpore a la unidad, va a ser conocedor de las características y peculiaridades del servicio, facilitando su rápida adaptación al mismo.
Con ello pensamos que hemos aumentado la seguridad de los pacientes al disminuir los errores que se pudieran producir por el desconocimiento de la metodología de trabajo de la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/157 ===== ***

Nº de registro: 0157

Título
MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, GONZALEZ GUIJARRO MARTA, MUÑOZ MUNIESA MIGUEL ANGEL, ABELLA PEREZ CRISTINA, MORENO PARRA NATALIA, ALQUEZAR CIVERA MANUELA, OYOLA CARMONA DAVID, RUIZLOPEZ HERRERO YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: HOSPITALIZACION A DOMICILIO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0157

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA PARA PROFESIONALES SANITARIOS EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO

PROBLEMA

Tras estudio de la situación se aprecia que al tratarse de un Servicio nuevo, incluido recientemente en al cartera de servicios, del Hospital de Alcañiz, hay un desconocimiento y muchas dudas entre los profesionales de dicho centro sanitario, entorno a la organización y metodología de trabajo d e la Unidad.
Por lo que creemos necesario la realización de un Manual de Acogida, de manera que el profesional de nueva incorporación en el mismo, sea conocedor de las características y piculiaridades de dicho servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración del Manual de Acogida.

MÉTODO

- Realizar un Manual de acogida que contenga:
 1. Inforamción realtiva al Hospital de Alcañiz.
 2. Información específica de la Unidad.
- Uniforme propio del Servicio.
- Reparto de las cargas de trabajo.
- Tipos de pacientes y lugar de procedencia al ingreso.
- Como hacer el ingreso y el material suministrado al paciente
- Manejo de las bombas volúmetricas y elastómericas.
- Fármacos más utilizados en domiciliaria, preparación y manejo.
- Modo de registro en la HCE.
- Administración de hemoderivados (en domicilio).

Se entregará un Recibí a todo el personal e nueva incorporación en el servicio, cuando se le facilite el Manual de Acogida.

INDICADORES

- Realización del Manual de Acogida. Indicador dicotómico SI/NO.
 - Recibí al personal de nueva incorporación al servicio.
- Nº de recibis totales/ Nº contratos totales en el servicio.

DURACIÓN

A lo largo del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0564

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA GONZALEZ GUIJARRO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. HOSPITALIZACION A DOMICILIO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
GUALLAR DAUDEN TERESA
RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO
PONZ SOLE ANA
ANDRES PALLARES MARIA JOSE
POLO SANCHEZ MARIA PILAR
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Charla divulgativa en el salón de actos dirigida a todo el personal del hospital, presentando el proyecto y solicitando colaboración en la realización del mismo.

Elaboración del "manual para el control de síntomas del paciente paliativo en el domicilio" dirigido a las familias, listado de consejos de cuidados propios para el cuidador y recursos disponibles.

Elaboración de check list de tareas en las que se ha formado al cuidador principal durante el ingreso y en las que ha participado o ha realizado sólo con nuestra supervisión (higiene, alimentación, cambio de cama y pañal, movilización del paciente, administración de medicación).

Elaboración de cuestionario dirigido a enfermería para la valoración de sintomatología reconocida por el cuidador y su forma de actuación adecuada. (Aclaración: durante el ingreso hospitalario así como en el manual de cuidados, los síntomas sobre los que se va a formar a los cuidadores son los que más frecuentemente aparecen en el enfermo paliativo: Falta de apetito, náuseas/vómitos, dificultad para masticar y tragar, boca seca o dolorosa, estreñimiento/diarrea, dificultad para respirar, tos y ruidos respiratorios, dolor, ansiedad y depresión, confusión e insomnio).

Elaboración de cuestionario dirigido a evaluar grado de satisfacción del cuidador con la formación recibida.

Sesiones clínicas en los distintos servicios para la puesta en marcha e implementación del proyecto.

Reconocimiento y selección de los pacientes paliativos ingresados, para iniciar durante la hospitalización la formación con el cuidador principal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto ha sido bien aceptado tanto por el personal de enfermería como por los pacientes y cuidadores incluidos en el mismo.

Hasta la actualidad no se realizaba ningún tipo de formación específica a los cuidadores principales de estos pacientes, presentándose dificultades al alta por el deterioro sufrido durante el ingreso y el aumento del grado de dependencia, que la familia en muchas ocasiones no sabía afrontar, precisando retrasar el alta, realizar búsqueda de personal cualificado para realizar los cuidados básicos en el domicilio e incluso la institucionalización del paciente.

La puesta en marcha del proyecto ha supuesto una mejora significativa en el grado de satisfacción de las familias, que se consideran más capacitadas para llevar a cabo el cuidado, tratar los síntomas que van apareciendo y reconocer las situaciones en las que deben consultar al médico, así mismo reconocen la importancia del propio autocuidado.

Durante el periodo de implementación del proyecto se ha formado a 18 cuidadores principales, desestimándose a pacientes sin cuidador principal y/o institucionalizados, así como aquellos en situación de últimos días.

Al finalizar el ingreso el 100% de ellos realizaban de forma correcta los cuidados básicos, conocían la sintomatología más frecuente del paciente paliativo y sabían como aliviarla, reconocían las situaciones de alarma en las cuales debían dirigirse a médico, había aumentado sus conocimientos sobre los recursos disponibles en los distintos niveles asistenciales y se consideraban más capacitados para afrontar el cuidado al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Existe una gran dificultad en el reconocimiento precoz del paciente paliativo, enfocándose principalmente en el paciente oncológico y en estados muy avanzados de la enfermedad, siendo necesario continuar la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0564

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

sensibilización y formación dirigida al personal.

Se considera el ingreso hospitalario el momento óptimo para abordar la formación al cuidador principal en cuidados básicos, ya que en muchas ocasiones es durante el ingreso cuando se producen cambios en el estado del paciente y su grado de autonomía, a los que la familia se deberá adaptar.

La formación dirigida a los cuidadores les dota de las herramientas necesarias para afrontar de manera satisfactoria el cuidado, proporciona una mejor calidad de vida al enfermo y optimiza el uso de los recursos sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/564 ===== ***

Nº de registro: 0564

Título
RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Autores:
GONZALEZ GUIJARRO MARTA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, GUALLAR DAUDEN TERESA, RAMIREZ RODRIGUEZ ROSARIO, PONZ SOLE ANA, ANDRES PALLARES MARIA JOSE, POLO SANCHEZ MARIA PILAR, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente paliativo
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento de la incidencia del cáncer y de otras enfermedades terminales es ya una realidad a nivel mundial, siendo los programas educativos y el rol del cuidador informal piezas clave en el abordaje de los mismos. Normalmente quien asume el cuidado de la persona diagnosticada es un familiar cercano que en ese momento desconoce todo lo relacionado con la enfermedad. Es en los ingresos hospitalarios cuando las necesidades y demandas de los cuidadores se van poniendo de manifiesto. Durante los mismos el paciente va viendo mermada su autonomía, aumentado paulatinamente el grado de dependencia. Surgen entonces en la persona que lo acompaña las dudas respecto a los cuidados básicos, los miedos e incertidumbre ante el alta próxima, el nerviosismo ante las posibles situaciones de urgencia...
Los profesionales de enfermería tienen un papel fundamental en este sentido, capacitando al cuidador principal, y velando por la satisfacción de las necesidades básicas del paciente paliativo cuando éste vaya a su domicilio. Cuando se dota a las familias de las capacidades y recursos propios suficientes, se facilita el proceso de la enfermedad y se mitigan posibles problemas futuros de adaptación a la pérdida.

RESULTADOS ESPERADOS
General:
Capacitar a los cuidadores principales no profesionales que se harán cargo del paciente paliativo, bien temporal o permanentemente en su domicilio, mediante formación durante el ingreso hospitalario.
Específicos:
Enseñar cuidados básicos de higiene, alimentación, eliminación, manejo de la movilidad, administración de medicación.
Instruir en la detección, valoración e intervención de signos y síntomas de alarma que presentan los enfermos en situación avanzada y terminal.
Capacitar para la mitigación no farmacológica de los síntomas que más frecuentemente aparecen en el paciente paliativo.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0564

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES AL CUIDADOR PRINCIPAL DEL PACIENTE PALIATIVO DURANTE EL INGRESO HOSPITALARIO

Durante el ingreso hospitalario:

Invitaremos a los familiares a participar de los cuidados y/o realizarlos con nuestra supervisión. Mostraremos distintas técnicas que les doten de mayor conocimiento disminuyendo así la dificultad y cansancio al realizar los cuidados.

Resaltaremos los beneficios resultantes de su participación.

Enseñaremos a llevar a cabo todas aquellas medidas no farmacológicas de las que el paciente se puede beneficiar para el alivio de diferentes síntomas.

Reconoceremos sus progresos y capacidades a la par que disminuimos la importancia de sus dificultades.

Proporcionaremos información de los distintos recursos disponibles en los distintos niveles asistenciales.

Escucharemos y resolveremos las dudas e inquietudes que vayan surgiendo.

Al alta:

Realizaremos un check list de tareas aprendidas que el cuidador principal realiza correctamente, signos de alarma que reconoce y medidas para el alivio de distinta sintomatología que maneja.

Entregaremos una pequeña guía recordatoria de cuidados básicos y proveeremos de un listado de recursos y teléfonos de contacto.

INDICADORES

% de cuidadores de pacientes que realizan de manera correcta los cuidados básicos al finalizar el ingreso hospitalario/ del total de personas formadas.

% personas cuidadoras de pacientes paliativos que reconocen los signos de alarma y sus pautas de actuación/ del total de personas formadas.

% de cuidadores principales que conoce sintomatología frecuente en el paciente paliativo y sus medidas para mitigarla/ del total de personas formadas.

% de cuidadores principales que se consideran capacitados para el cuidado en el domicilio tras el ingreso/ del total de personas formadas.

Grado de satisfacción del cuidador con la formación recibida durante el ingreso hospitalario. (Se valorará mediante encuesta).

DURACIÓN

La puesta en marcha de este proyecto está íntimamente ligada a la incorporación de la guía de cuidados básicos del paciente paliativo durante la hospitalización, ésta reducirá la variabilidad de la práctica clínica y supondrá una herramienta básica para el posterior adiestramiento de los familiares responsables del cuidado al alta. La presentación y reparto de la misma al personal de enfermería (DUE/TCAE) que desarrolla su labor en hospitalización, está prevista para el primer semestre de 2019.

El desarrollo global del proyecto se llevará a cabo a lo largo del año 2019, con la identificación de pacientes en programa de cuidados paliativos al ingreso, y la capacitación de su cuidador principal en cuidados básicos, detección de signos de alarma y mitigación de síntomas en su domicilio, durante el ingreso hospitalario.

La vocación de este proyecto es la de su continuidad en el tiempo, pudiéndose mejorar y adaptar los distintos apartados y contenidos, mediante la autoevaluación, de cara a años futuros.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1611

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE ALBERTO RECHE SABATER
· Profesión TECNICO DE GESTION DE SISTEMAS
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. INFORMATICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SALAS ALCANTARA MARIA
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA
MARTIN LORENTE ANGEL
MOLES ALEGRE MARIO
BONO LAMARCA PEDRO ISAAC

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de grupo de trabajo de formación en HCE en Marzo de 2016
- Reuniones formativas globales y con los servicios
- Inclusión de indicadores en contrato de gestión
- En la Comisión de Historias se consideró que las hojas de evolución no se estaban cumplimentando porque, en caso de urgencia, no se dispone de la Historia Clínica a pie de cama, lo que obligaría a imprimir todos los evolutivos en papel y haría que la historia aumentara considerablemente de volumen. Para evitar este problema se solicitó la compra de dos tablet por planta y la instalación de wifi.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Tras numerosas reuniones se realizaron cortes de indicadores en Julio y Diciembre de 2016 y en Noviembre de 2017. Al no proporcionarse los tablet ni el wifi en las plantas se excluyó el indicador de cumplimentación de evolutivos, quedando la evaluación en dos indicadores:
% de Historias clínicas de pacientes ingresados en las que consta hoja de ingreso. Se consideraron como exclusiones los servicios que no hacen guardias o realizan exclusivamente CMA puesto que el paciente ingresa directamente sin la participación de los profesionales del servicio.
% de Historias clínicas de pacientes ingresados en las que consta informe de alta. Excepciones: ninguna
Se evaluaron todos los ingresos de un mes completo, en 2017 elegido al azar.
Para la evaluación del contrato se escogieron de cada servicio un mínimo de 30 historias, o, en caso de no llegar a esa cifra, la totalidad.
Resultados Hoja de Ingreso
Julio 2016: 43,19%; Diciembre 2016: 74,76%; Diciembre 2017: 95,37%
Resultados Informe de alta
Julio 2016: 73,29%; Diciembre 2016: 95,72%; Diciembre 2017: 98,93%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La combinación de la formación junto con la inclusión en contrato de gestión ha conseguido el objetivo previsto de la implantación del registro de la Historia Clínica Electrónica en el Hospital de Alcañiz. La evaluación ha mostrado algunas lagunas en la cumplimentación de los registros (incluido partes de alta) en pacientes de algún servicio que requieren ingresos repetidos, lo que deberá dar lugar a proyectos de mejora específicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1611 ===== ***

Nº de registro: 1611

Título
INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Autores:
RUIZ MARISCAL MARIA, TURON ALCAINE JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1611

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DEL PROCESO DE HOSPITALIZACION

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Comisión de Historias Clínicas monitoriza la calidad de los registros de la Historia Clínica con criterios Joint Commission. Desde hace años, aunque se han implementado acciones de mejora diversas, hay varios indicadores problemáticos destacando el registro de firma en las hojas de evolución y tratamiento y la ordenación de la historia clínica. Como el hospital nunca ha tenido HP DOCTOR no existía disponibilidad de los informes de alta en la historia compartida

1. Implantar en el año 2016 el módulo de hospitalización de la Historia Clínica Electrónica del SALUD
 2. Ordenar la información clínica actualmente desordenada en las historias de papel lo que ralentiza el proceso clínico, algo especialmente relevante en situaciones urgentes
 3. Evitar los problemas de identificación de profesionales y pacientes que reiteradamente ha venido encontrando la Comisión de Historias Clínicas
- Reducción del tamaño de los archivos de papel, para optimizar espacios en el hospital (con el expurgo del año pasado se consiguió espacio para el servicio de Anatomía Patológica) reduciendo costes de alquiler en edificios ajenos al hospital (que por cierto carecen de estructura antiincendios estando bajo de bloques de viviendas corriendo graves riesgos)

RESULTADOS ESPERADOS
Incrementar el uso de la historia clínica electrónica en el Hospital de Alcañiz

MÉTODO
A todo pacientes ingresado se le rellenará el módulo de ingreso, la hoja de evolución y el informe de alta. Se va a crear un grupo de formación en Historia Clínica Electrónica que va a desarrollar un programa de formación por las distintas plantas de hospitalización y se encargará de realizar formación concurrente en función de los resultados de monitorización.
Monitorización de indicadores: Enero, Junio y Diciembre 2017
Se propone para fin de año cerrar el módulo de altas del HP-HIS.

INDICADORES
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el informe de alta (Estándar 80%)
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el registro de evolución clínica diaria (excepción: festivos) (Estándar 50%)
- % de ingresos en los que consta en historia clínica electrónica el módulo de ingreso cumplimentado (Estándar 80%)
Fuente de datos: auditoria HCE en el último trimestre de 2017

DURACIÓN
Ya comenzado, excepto en los registros de evolución clínica donde se está pendiente de recursos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0318

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE JULIA ROYO ANADON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ROYO EMILIA
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el procedimiento de atención a la trabajadora embarazada en el Sector Alcañiz. Para ello se creó un grupo de trabajo específico que recopiló la normativa vigente y las instrucciones de la Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z. A partir del primer borrador se han realizado 5 reuniones con los grupos de interés relacionados con el protocolo.

En este protocolo, la realización del Certificado de Empresa pasa a ser tarea exclusiva de la persona-s designadas por el Departamento de Personal, y, de este modo, las Direcciones del Sector únicamente tiene que contestar al correo de consulta que les envían desde Personal, lo que agiliza considerablemente los trámites.

- El protocolo se ha colgado en la intranet, junto con los formularios que hay que rellenar.
- El protocolo se ha difundido mediante formación en el periodo comprendido entre el 1 de septiembre de 2018 y el 15 de Febrero de 2019, dirigida al Departamento de Personal, Dirección de Gestión, Directores Médicos y Directoras de Enfermería de Atención Primaria y del Hospital.
- La evaluación se ha realizado mediante encuesta de satisfacción.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el periodo comprendido entre el 15 de septiembre de 2018 y el 15 de febrero de 2019, se registraron trece trabajadoras embarazadas a las que se le aplicó el protocolo. Se realizó encuesta de satisfacción que se envió por e-mail en una primera oleada y ante la baja tasa de respuestas, se completó mediante encuesta telefónica, obteniendo finalmente una tasa de respuesta del 100% (13 encuestas; 3 recibidas y 10 por encuesta telefónica). Una vez recogidos y estudiados los datos de cada encuesta, se obtienen los siguientes resultados:

- 1- En cuanto a la información recibida del Servicio de Prevención, el promedio de satisfacción es de 8,7 (con respecto a un máximo de 10).
- 2- En lo que se refiere a la información y documentación recibida del Departamento de Personal, dicho promedio es de 7,8.
- 3- Por lo que respecta a la Información recibida de Mutua, el promedio es de 8.
- 4- Sólo hay 2 comentarios: Uno que dice que la Mutua tarda mucho en contestar y otro que solicita que se le dé, desde Mutua, una información más concreta de las semanas a las que se le concede la prestación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no tenemos datos previos, el nuevo procedimiento resulta satisfactorio para las trabajadoras que lo han experimentado, tanto en la información por parte del Servicio de Prevención, como por parte del Departamento de Personal y de Mutua.

Se ha agilizado la comunicación del Médico del Trabajo al Departamento de Personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/318 ===== ***

Nº de registro: 0318

Título
PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA TRABAJADORA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
ROYO ANADON JULIA, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, PEREZ ROYO EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EMBARAZADAS TRABAJADORAS SANAS
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0318

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE PROTECCION A LA EMBARAZADA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, tenemos un procedimiento de actuación para las trabajadoras embarazadas del Salud, en el que no se especifica los trámites a seguir en cada uno de los apartados. Nuestro fin, es elaborar un procedimiento de actuación en los cuales la trabajadora sepa en todo momento a quien acudir y donde dirigirse para solicitar los distintos documentos de dicho procedimiento.
También los responsables de la tramitación deben conocer dicho procedimiento y modo de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar un procedimiento de actuación (de la trabajadora, de su inmediato superior jerárquico, del servicio PRL y de la Gerencia del Sector).
- Incluir dentro del procedimiento todos los distintos documentos que necesita la trabajadora para solicitar la valoración del riesgo de su puesto en relación con su embarazo y/o prestación económica si procede.
- Realizar dicho procedimiento y colgarlo en nuestra Intranet del Salud, para el conocimiento de todo el personal.
- Formación con el personal para dar a conocer dicho procedimiento.

MÉTODO

1. Recopilación de la normativa vigente y las Instrucciones de Unidad Central de Prevención de Riesgos y de M.A.Z Mutua.
2. Elaboración de un protocolo de actuación en colaboración con la Dirección y el Departamento de Personal.
3. Se llevarán a cabo reuniones con (Director de Gestión y trabajadores del departamento de Personal), para la elaboración del mismo.
4. Formar al personal que interviene en alguna de las fases de este procedimiento.
5. Difusión de dicho documento en la Intranet del Salud.

INDICADORES

- Elaboración del procedimiento de protección a la trabajadora embarazada (SI/NO).

DURACIÓN

Anual, a lo largo de tres meses, se realizará la elaboración del documento.
Implantación del mismo, en los meses de octubre, noviembre y diciembre. Revisión a lo largo del periodo para su evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0534

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JULIA ROYO ANADON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA DEL TRABAJO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA
CALDERON MEZA JOSE MANUEL
ROYO MOLES MARIA ISABEL
ANDREU ARIÑO JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En 2018: Sesiones clínicas en las que se explicaba el riesgo de contagio de las enfermedades transmitidas por "gotas", incluida la meningitis y las indicaciones de la quimioprofilaxis postexposición:

-18/01/2018 para celadores
-23/01/2018 para TCAE y Enfermeras
-06/02/2018 para médicos y M.I.R.
-15 y 20 de Junio 2018 en las sesiones de acogida para nuevos trabajadores sanitarios y no sanitarios.

En 2019:

04/02/2019 Reunión con el Servicio de Medicina Preventiva.
05/02/2019 Reunión con la Dra Beltrán (Neuróloga).
05/02/2019 conversación telefónica con Salud Pública de Teruel.
06/02/2019 Reunión con el Dr Oliván (Neurólogo).
07/02/2019 Conversación telefónica con el Dr Martínez Barcelo (coordinador del Centro de Salud de Hajar) para estudio de contactos.
17/07/2019 Reunión con Maribel Royo (Supervisora de Urgencias)
Reunión con José M^a Andreu (Jefe de celadores).
30/07/2019 Sesión clínica para nuevos trabajadores y para M.I.R
08/08/2019 Reunión con la Dra Ana Gomez (Jefa de Servicio de Urgencias) y con el Dr Calderón (Medicina Preventiva).
02/10/2019 Sesiones clínicas para estudiantes TCAE.

-Realización de un protocolo de actuación ante un posible caso de meningitis

-Realización de 1 poster en el que se indica el uso de mascarilla y otro en el que se dan las indicaciones de la quimioprofilaxis postexposición.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: N° de profesionales que han llevado quimioprofilaxis *100/N° de profesionales que ha declarado estar en contacto con el paciente.

De 81 profesionales que han declarado estar en contacto con un caso de meningitis, 24 ha tomado quimioprofilaxis.

$24:81= 0,29$ $0,29 \times 100= 29\%$

Resultado: El 29% de los profesionales que han declarado estar en contacto con un caso, han tomado quimioprofilaxis post exposición.

Indicador: N° de profesionales que han tomado quimioprofilaxis innecesaria*100/N° de profesionales que han declarado estar con el paciente

Aclaración: se considera quimioprofilaxis innecesaria a los profesionales que han recibido quimioprofilaxis sin considerarse contacto de riesgo, es decir que no pertenecían a una de estas dos categorías:

a) Personal sanitario que haya realizado maniobras de resucitación, intubación, aspiración u otras con riesgo de exposición a las secreciones nasales u orofaríngeas SIN protección, hasta 24 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico del paciente.

b) Personal sanitario que, SIN haber utilizado las adecuadas medidas de protección, haya mantenido un contacto próximo (menor de 1 metro) y además, prolongado (más de 8 horas al día) con el paciente.

De 81 profesionales que han declarado estar en contacto con un caso de meningitis, 15 tomaron quimioprofilaxis innecesaria (18%) .

Resultado: El 18% de los profesionales que han declarado estar en contacto con un caso, han tomado quimioprofilaxis innecesaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0534

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

No existen datos de quimioprofilaxis innecesaria en años anteriores a 2019 para establecer comparaciones. Un 18% de trabajadores que han tomado quimioprofilaxis innecesaria, es un porcentaje elevado, por lo que deberemos hacer un seguimiento posterior monitorizando anualmente este indicador en los años sucesivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/534 ===== ***

Nº de registro: 0534

Título
PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

Autores:
ROYO ANADON JULIA, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL, ANDREU ARIÑO JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desde hace años se presenta como incidencia repetida el hecho de cada vez que se declara o se sospecha un caso de meningitis recibimos demanda de quimioprofilaxis que excede el alcance de lo que está reflejado en las guías, generándose inquietud y confusión entre el personal. Además, surgen numerosas preguntas sobre el protocolo de protección.

La causa es que no se dispone de un documento unificado para todo el sector que especifique cuales son las pautas de quimioprofilaxis y los equipos de protección a utilizar.

La consecuencia es que se genera confusión entre el personal, y muchos trabajadores acaban tomando quimioprofilaxis innecesaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Consensuar con los otros servicios sanitarios un protocolo unificado basado en las recomendaciones actuales, para disminuir la confusión que se genera en los trabajadores cada vez que se produce un caso.
- Evitar la quimioprofilaxis innecesaria en los profesionales

MÉTODO

- Realizar un documento unificado basado en las recomendaciones actuales y consensuado con todos los grupos de interés del Hospital
- Difundir dicho protocolo en sesión clínica
- Colgar el protocolo en la intranet

INDICADORES

- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis innecesaria
- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis*100/Numero de profesionales que han declarado estar en contacto con el paciente
- Número de profesionales que han llevado quimioprofilaxis innecesaria*100/Numero de profesionales que han declarado estar en contacto con el paciente
- Monitorización del número de llamadas que se producen tras cada caso

DURACIÓN

- Duración anual del proyecto, a lo largo de 2019.
- Elaboración del documento antes de junio de 2019.
- Difusión del protocolo entre junio y septiembre.
- Elaboración de registros para indicadores y monitorización de las llamadas o consultas durante todo el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0534

1. TÍTULO

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES EN EL SECTOR ALCAÑIZ ANTE UN POSIBLE CASO DE MENINGITIS

periodo, según los casos que vayan surgiendo.
- Revisión del procedimiento a lo largo de todo el periodo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0314

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA RUIZ MARISCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARTAJONA RODRIGO ESTHER
MAURAIN VILORIA ANA ISABEL
IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA
GARCIA LARA ENCARNA
SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha revisado la bibliografía respecto a los temas expuestos en la memoria inicial y se ha iniciado la implantación del protocolo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se está iniciando la puesta en marcha de la actualización, por lo que aún no se han obtenido resultados valorables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La implantación se encuentra en fase de inicio por lo que aún es prematuro sacar conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/314 ===== ***

Nº de registro: 0314

Título
ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

Autores:
RUIZ MARISCAL MARIA, SALAS ALCANTARA MARIA, ARTAJONA RODRIGO ESTHER, MAURAIN VILORIA ANA, IZQUIERDO SIURANA JOSEFINA, GARCIA LARA ENCARNACION, SERRANO LOPEZ JOSE VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El protocolo actual lleva varios años en funcionamiento y se ha visto la necesidad de revisarlo para mejorar las situaciones clínicas que se presentan en el trabajo diario.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención integral del paciente que ingresa con fractura de cadera en nuestro hospital.

MÉTODO
Revisar las patologías médicas que más frecuentemente se presentan por parte del Servicio de M. Interna y realizar un protocolo de actuación sobre las mismas. Crear una pauta de actuación por parte del Servicio de Traumatología de las pautas a seguir respecto a la patología traumatológica. Por parte de enfermería, auxiliar y celador revisar el proyecto de atención durante el ingreso en este tipo de pacientes y actualizarlo.

INDICADORES
Se evaluará la estancia media obtenida y el grado de comorbilidad de los pacientes junto con las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0314

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL PROTOCOLO DE ASISTENCIA DEL PACIENTE CON FRACTURA DE CADERA

complicaciones presentadas; así como el grado de satisfacción de los pacientes de la atención recibida.

DURACIÓN

Fecha de inicio: octubre 2016

Fecha de finalización: mayo 2017

Actividades previstas:

De octubre a enero: revisión del protocolo actual y revisión de la bibliografía del tema.

De febrero a mayo: redacción y publicación del nuevo protocolo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ESTER ARTAJONA RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TURON ALCAINE JOSE MARIA
SALAS ALCANTARA MARIA
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
GARCIA LOPEZ ANA
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA
REAL CORDERO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una evaluación de las sedaciones paliativas efectuadas en el período entre Mayo a Octubre de 2018 en el Hospital de Alcañiz. Fueron 8 pacientes, de los cuales solo se pudo acceder a la historia clínica de 6. Aunque en todos ellos constaba información de la autorización por la familia de medidas de confort y limitación del esfuerzo terapéutico, en un 50 % de los pacientes con historia disponible no se consiguió identificar de forma clara e inequívoca la autorización para la sedación paliativa. En todos los pacientes constaba el síntoma refractario, y se encontró registro de objetivo de sedación en el 60% de los pacientes. En 3 de los pacientes no hubo lugar para la verificación del cumplimiento de objetivo dado que fallecieron en el mismo día. En el resto no se encontró registro de cumplimiento de objetivo de sedación.

Tras esta primera evaluación se realizaron en el mes de Abril tres sesiones clínicas en el hospital:

o Día 9: El grupo de trabajo de enfermería del hospital en cuidados paliativos presentó a enfermería el procedimiento de cuidados paliativos del hospital. Posteriormente se realizó una sesión en cada planta del hospital

o Día 16. Adecuación y esfuerzo terapéutico.

o Día 30. Protocolo de sedación (colgado en la intranet del sector)

En cuanto a Atención Primaria no se pudieron obtener registros directos de atención primaria dado que no existe en OMI-AP el diagnóstico de sedación paliativa. A partir de los registros de ESAD se comprueba que se ha realizado sedación en 12 pacientes en el último trimestre de 2018. Se comprobó que en el 100% de los casos constaba el registro del consentimiento verbal para la sedación paliativa. En el 75% de los pacientes sedados se identifica con claridad el síntoma refractario, siendo la disnea el más frecuente. No se ha registrado en ningún caso la objetivo de la sedación ni el cumplimiento del objetivo.

Como acción de mejora, se presentó el procedimiento de sedación paliativa en todos los centros de salud por parte del ESAD y se ha colgado el procedimiento en la intranet del sector (Octubre a Diciembre de 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras esta intervención hemos procedido a reevaluar, esta vez hemos evaluado los pacientes que llevaron sedación paliativa en el hospital en el período comprendido entre el 1 de Octubre y el 31 de Diciembre de 2019. En este período recibieron sedación paliativa 27 pacientes, de los que se pudo acceder a la Historia clínica en 24, lo que supone que se han triplicado los pacientes en tratamiento respecto a los resultados del año anterior (y en 2018 se evaluó un mes más que en 2019).

Respecto a los indicadores un 70,8% constaba el registro inequívoco del consentimiento de la familia para la sedación paliativa, en un 75% de los pacientes constaba el síntoma refractario, mientras que el objetivo de sedación constaba en un 45,8% y el cumplimiento del objetivo en un 66% (hay que tener en cuenta que 5 pacientes fallecieron en el mismo día y no se pudo evaluar este indicador).

Comparado con los resultados iniciales observamos que se ha triplicado el número de pacientes en tratamiento con sedación paliativa, aunque se ha empeorado en los indicadores de consentimiento informado, objetivo de sedación y síntoma refractario, mejorando el de cumplimiento del objetivo. Al interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que buena parte de los incumplimientos se han dado durante las tardes-noches en los registros del personal de guardia, mientras que en la primera evaluación fueron registros del servicio de medicina interna en su integridad.

No se ha evaluado atención primaria porque solo han pasado dos meses desde la intervención.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto está en plena implementación. Por el momento es evidentes que tras la intervención en el hospital han aumentado considerablemente el número de pacientes sedados, aunque la calidad del registro ha empeorado, algo sobre lo que tendremos que actuar en el próximo año. En cualquier caso, es esperable que, si se van incorporando a la actividad nuevos profesionales, la variabilidad aumente. La forma ideal de asegurar el registro sería la creación de un formulario de sedación paliativa en historia clínica electrónica. Estamos pendientes del efecto de la intervención en atención primaria, donde vamos a tener los mismos problemas con el registro electrónico.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

*** ===== Resumen del proyecto 2018/75 ===== ***

Nº de registro: 0075

Título
PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

Autores:
ARTAJONA RODRIGO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad no existe procedimiento de sedación paliativa en el paciente terminal en el Sector de Alcañiz. En el ámbito de Atención Primaria, en general se desconocen los métodos de sedación paliativa. Además, dada la controversia legal que ha habido en el pasado reciente, suele pasarse de puntillas sobre este aspecto. En la actualidad, solo ESAD realiza métodos de sedación paliativa en atención primaria en nuestro sector, y los médicos desconocen las pautas de ajuste de la medicación prescrita. Existe amplio espacio de mejora en el cuidado de los pacientes con síntomas refractarios al final de la vida.
En el ámbito del Hospital la no existencia de protocolo creemos que origina variabilidad en la práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer sedación paliativa a los pacientes con enfermedad terminal con síntomas refractarios con intenso sufrimiento físico-psíquico con arreglo a un protocolo que incluye la revisión del marco ético y legal aplicable.

MÉTODO
Se ha elaborado un procedimiento de sedación del sector, con instrucciones para atención primaria y especializada. La Unidad de cronicidad, ESAD y Atención Primaria van a proceder a la elaboración de un plan de formación de sector. El procedimiento incluye:
- La identificación del paciente terminal, definición de síntoma refractario, diferenciación entre sedación paliativa y sedación de agonía.
- Consentimiento informado
- Definición del nivel de sedación objetivo
- Protocolo terapéutico propiamente dicho
- Registros específicos

INDICADORES
% de centros de salud que han recibido formación en sedación paliativa (Objetivo: 100%)
% de pacientes que han recibido sedación terminal en los que consta registro del consentimiento informado en la historia clínica (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que se identifica de forma inequívoca el síntoma refractario (Objetivo >95%)
% de pacientes sedados en los que consta la cumplimentación del registro de inducción (objetivo >95%)
% de familiares satisfechos/muy satisfechos con la sedación (Objetivo > 80%)

DURACIÓN
El protocolo ya ha sido elaborado
Marzo-Mayo: Difusión del protocolo
Enero 2019. Evaluación

OBSERVACIONES
A la hora de evaluar indicadores surgen muchas dudas sobre su factibilidad en Atención Primaria, partiendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0075

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE SEDACION PALIATIVA EN EL PACIENTE TERMINAL

del hándicap de la identificación de pacientes con sedación paliativa dado que no existe registro específico en Historia Clínica electrónica.
Tampoco vamos a poder incluir los registros en OMI-AP por lo que tendrán que ser en papel. Para la evaluación elaboraremos una búsqueda de pacientes con diagnóstico de paciente terminal (A99) investigando el registro de sedación paliativa en campo texto, para proceder después a auditar las historias clínicas de papel. Con este método tenemos una importante incertidumbre sobre la viabilidad de la obtención de indicadores fiables. Vamos a proponer un listado de pacientes con sedación paliativa en cada centro de salud. En el hospital de realizará registro específico.

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO MARCILLA CORDOBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASCON MARTIN ALEJANDRO
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA
RECHE SABATER ALBERTO
MOLIAS FERRER JAVIER
MARTIN LORENTE ANGEL
ALTABAS ALCON ADRIAN
LACUEVA PORTOLES PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Aplicación informática desarrollada. Aplicación informática conectada a base de datos/OMI. En fase de pruebas del desarrollo de la aplicación informática
El desarrollo de la historia electrónica de Aragón y la necesidad que hemos tenido de migrar a otra base de datos para poder conectarnos a OMI, ha retrasado el inicio del uso de la aplicación. Adjuntamos en cuadro adjunto el desarrollo de la aplicación informática.
Se prevé inicio de uso de aplicación en marzo de 2019, para disponer de primeros indicadores en verano de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Número de ingresos directos desde A. Primaria desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor: sin datos
Porcentaje de ingresos que proceden de A. Primaria no superen el 10%: sin datos
índice de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor: sin datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El desarrollo informático es pieza clave para que finalmente dispongamos de una herramienta útil, de fácil uso y que permita solucionar problemas de forma diligente. El buen desarrollo de la aplicación junto con una buena conexión con OMI y con nuestra base de datos ha sido fundamental. Esperamos tener resultados en breve. Si la experiencia es satisfactoria, podrá extenderse a la Atención Especializada también, con unas pequeñas modificaciones.

7. OBSERVACIONES.
Desarrollo de la aplicación: (no permite adjuntar imágenes)

Caso de uso: solicitar ingreso en HaD.
Actor principal: médico primaria.
Actor secundario: médico HaD.
Ámbito: interconsulta HaD.
Nivel objetivo: usuario.
Stakeholders e intereses:
Médico primaria: quiere solicitar ingreso en HaD, es el que pone en marcha el mecanismo.
Médico HaD: quiere que le lleguen las solicitudes de pacientes.
Precondición: el médico primaria se debe haber identificado en el sistema con su usuario y clave de Active Directory del Salud.
Garantías de éxito: el sistema registrará la solicitud del paciente que ha hecho el médico de cabecera en la base de datos interna del sector de Alcañiz.
Escenario principal de éxito:
1. Médico de primaria busca paciente.
2. Médico primaria elige paciente.
3. Médico primaria rellena formulario con los datos del paciente rellenados automáticamente.
4. Los datos se guardan en el sistema.
Extensiones
2a. El médico de primaria no encuentra el paciente.
2a1. Rellenar los datos manualmente.

Caso de uso: Médico HaD aprueba solicitud pendiente.
Actor principal: médico HaD.
Actor secundario: médico primaria.
Ámbito: interconsulta HaD.
Nivel objetivo: usuario.
Stakeholders e intereses:
Médico primaria: quiere ver la valoración del médico de HaD.
Médico HaD: quiere realizar la valoración de los pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Precondición:

El médico HaD se debe haber identificado en el sistema.

Debe haber solicitudes de pacientes hechas por algún médico de primaria.

Garantías de éxito: el sistema registrará la valoración hecha por el médico de HaD.

Escenario principal de éxito:

1. Médico HaD consulta valoraciones pendientes.
2. El sistema le devuelve el listado de solicitudes con los pacientes.
3. Médico HaD elige una solicitud.
4. El sistema muestra la información de la solicitud.
5. Médico HaD aprueba el ingreso en HaD.
6. La notificación se guardar en el sistema.

Extensiones

2a. El médico de primaria no encuentra el paciente.

2a1. Rellenar los datos manualmente.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/286 ===== ***

Nº de registro: 0286

Título
IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE ATENCION PRIMARIA (AP) PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO, GASCON MARTIN ALEJANDRO, ALASTRUE CASTAÑO VIOLETA, RECHE SABATER ALBERTO, MOLIAS FERRER JAVIER, MARTIN LORENTE ANGEL, ALTABAS ALCON ADRIAN, LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Hospitalización a Domicilio (HaD) es un género de hospitalización alternativo a la Hospitalización Convencional que presenta ventajas tanto para los pacientes que ingresan en ella (se benefician de la comodidad de su entorno habitual y disminuye los efectos adversos relacionados con la hospitalización convencional), y para la institución, al liberar camas de Urgencias y de las plantas de hospitalización.

En la actualidad, en el Hospital de Alcañiz, los pacientes pueden ingresar en HaD desde el área de Urgencias, desde las Consultas Externas y desde las camas de hospitalización, pero no directamente desde AP.

Tras tres años de funcionamiento hemos observado que existen pacientes que podrían ingresar directamente desde su domicilio en las camas de HaD, sin que fuera necesario su derivación previa al Servicio de Urgencias; serían pacientes seleccionados, que necesariamente precisan cuidados de rango hospitalario, que se encuentran estables y que por su condición e idiosincrasia, su derivación al Servicio de Urgencias supone un impacto negativo en su calidad de vida.

En el último año hemos recibido peticiones directas desde AP, generalmente por vía telefónica, realizando el ingreso directo desde el domicilio. Sin embargo, la vía telefónica es poco funcional y dificulta que la oportunidad de un ingreso directo, pueda llegar a todos.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de AP, directamente desde su domicilio, evitando la actual imprescindible derivación a Urgencias. Evitaremos desplazamientos de pacientes frágiles, contribuiremos a descongestionar Urgencias, e incrementaremos la ocupación del servicio de HaD que está menos congestionado.

MÉTODO

Establecer de unos criterios de derivación directa desde Atención Primaria a Hospitalización de Domicilio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0286

1. TÍTULO

IMPLEMENTAR UN GESTOR DE PETICION DE CAMA EN HAD DESDE A. PRIMARIA PARA EL SECTOR DE ALCAÑIZ

(ver archivo adjunto).

Creación de un Gestor de petición de ingreso en Hospitalización a Domicilio (HaD), de acceso desde la intranet del Sector (para A. Primaria). El Gestor de petición tiene la finalidad de facilitar el proceso de solicitud de ingreso en Hospitalización a Domicilio y permitir el ingreso de pacientes procedentes de Atención Primaria (pacientes ubicados en su domicilio) para evitar que dichos pacientes tengan que acudir a Urgencias. Se trata de un modelo de formulario de fácil cumplimentación que reúne toda la información importante para que el equipo de HaD pueda tener conocimiento y decidir si el paciente puede ingresar en la Unidad.

Las potenciales ventajas del Gestor de Petición de ingreso son las siguientes:

Ventajas para el equipo de HaD: disponer de forma instantánea de la información necesaria para saber si un paciente puede beneficiarse de ingreso en HaD; organizar más eficientemente nuestro trabajo; maximizar el tiempo de conducción para atender el mayor número de pacientes, recorriendo el menor número de Km posibles; mejorar el índice de ocupación, al facilitar el acceso al recurso.

Ventajas para los Médicos de A. Primaria que solicitan el ingreso de un paciente en la Unidad: acceso fácil a un recurso diferente de enviar al paciente al Servicio de Urgencias; descongestionar el Servicio de Urgencias; evitar duplicar el trabajo; poder realizar la petición a cualquier hora del día o de la noche, de forma rápida y fácil, sin ser necesario llamar por teléfono.

Ventajas de los Pacientes: que los pacientes debilitados o en situación de fragilidad extrema, no tengan que desplazarse al Servicio de Urgencias; acceso universal al recurso; disminuir la los efectos adversos de la hospitalización convencional.

Ventajas institucionales: calidad: conocer el número de solicitudes que se rechazan y el motivo; organización: conocer la presión asistencial por meses y así aplicar el protocolo de reducción de camas (y personal) de forma más eficiente; maximizar los recursos Humanos; mejorar índice de ocupación de HaD; liberar camas del hospital; evitar la sobresaturación de Urgencias.

INDICADORES

- 1) N° de ingresos directos desde AP desde la implantación del gestor, comparado con el año previo, antes de disponer del gestor.
 - Año 2017: 392 ingresos y 6 procedentes de AP (1,5%)
 - Objetivo tras implantación del gestor: llegar al 5%
- 2) % de ingresos que proceden de AP no superen el 10%
 - Para evitar los ingresos inadecuados en HaD (ingresos que podrían evitarse con un manejo desde A. Primaria).
- 3) Grado de satisfacción de los Médicos de A. Primaria con el Gestor.
 - Encuesta por correo electrónico
- 4) Índice de Ocupación de HaD
 - IO HaD durante 2017: 63,52% • Tras implantación del Gestor superar el 65% de ocupación, sobre todo en los meses de poca presión asistencial (mayo a octubre)

DURACIÓN

- Diseño del formulario con los datos a recoger: ya realizado
- Elaboración del programa informático: Abril-Julio 2018
- Difusión del programa en Atención Primaria: Julio-Septiembre 2018
- Inicio uso del programa: Septiembre 2018
- Explotación de información estadística: 1º corte en Diciembre de 2018; 2º corte en Septiembre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0410

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN NURIA PIQUERAS SERRANO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUÑOZ BERNAD TAMARA
DEL BUSTO CABREJAS TERESA
RUIZ MARISCAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han citado con fecha concreta de analítica y posterior visita desde la consulta a todos los pacientes (48 visitas) evitando así la falta de coordinación previa. Se les ha enviado cita por carta desde la consulta de Medicina Interna con fecha fija de analítica y carta desde citaciones generales con fecha concreta de visita.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Menos en dos casos, todos los pacientes han acudido a la consulta con los resultados de las analíticas realizadas un mes antes, de esta forma hemos podido optimizar mejor en número de visitas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para los pacientes la medida ha sido acogida con gran aceptación y en ocasiones "alivio" pues les resulta mucho más fácil seguir así el circuito asistencial. Hemos comprobado que cualquier medida encaminada a facilitar el cumplimiento en las visitas es muy bien recibida y los "reconcilia" con el sistema asistencial.

7. OBSERVACIONES.

Ha sido imprescindible la colaboración con enfermería de la consulta y del laboratorio de Hematología para poder llevar a cabo la iniciativa.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/410 ===== ***

Nº de registro: 0410

Título
COORDINACION EN EL SEGUIMIENTO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

Autores:
PIQUERAS SERRANO CARMEN NURIA, MUÑOZ BERNAD TAMARA, DEL BUSTO CABREJAS TERESA, SANCHO VAL IGNACIO, RUIZ MARISCAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: INFECCION VIH
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es muy frecuente que la limitación idiomática y el complicado circuito de nuestro hospital provoque que los pacientes vengan sin la analítica realizada, o realizada pero sin CD4 ni carga viral, lo que se traduce en duplicidades en el número de visitas, retraso en la toma de decisiones y muchas veces en más pruebas innecesarias.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Coordinar las citas de laboratorio (las determinaciones necesarias para el seguimiento de estos pacientes como poblaciones linfocitarias o CD4 y carga viral solo se realizan un día a la semana y se envían a laboratorio de referencia de HUMS) junto con la cita, al menos un mes después, en la consulta
2. Citar al paciente para analítica desde la propia consulta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0410

1. TÍTULO

COORDINACION EN EL SEGUMINETO AL PACIENTE VIH, APOYO EN EL CIRCUITO ASISTENCIAL

3. Reducir la carga que supone el "circuito asistencial" para el paciente, evitando errores administrativos

MÉTODO

Para evitarlo estamos intentando coordinar las citas de extracciones desde la propia consulta, nos hemos comprometido a citar a todos los pacientes VIH desde la propia consulta de Medicina, siendo enfermería de consulta quien se desplace al laboratorio de extracciones para incluirlos con fecha concreta de esta forma ese mismo día de la visita salen ya con fecha de analítica o bien por carta con fecha de analítica y visita en el mes siguiente.

De esta manera se pretende facilitar el circuito, evitar repetición de pruebas innecesarias así como visitas.

INDICADORES

Medir número de pacientes VIH que acuden a la consulta con analítica al menos un mes antes de la implantación del sistema de citación desde la propia consulta.

DURACIÓN

Junio 2018- Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0541

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MANUELA ALQUEZAR CIVERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OYOLA CARMONA DAVID
GONZALEZ GUIJARRO MARTA
MORENO PARRA NATALIA
ANGLES HERRERO MARIA ROSA
ABELLA PEREZ CRISTINA
GARCIA GUALLAR SONIA
BAÑOLAS REDON NATALIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de guía de técnicas de cuidados de enfermería para pacientes en domicilio. Actividad efectuada entre los meses de marzo a septiembre ambos inclusive.
Desde el 7 de Octubre de 2019 hasta el 7 de Enero del 2020 se entrega la guía a cada paciente que ingresa en el servicio, junto con un cuestionario de valoración de la formación recibida, que se recoge al alta del proceso asistencial, en este periodo ingresaron en el servicio 69 pacientes de los cuales 57 fueron dados de alta por curación o mejoría, de ellos 55 contestaron a la valoración final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El 100% de los pacientes que ingresaron en el periodo a estudio recibieron la guía de cuidados y el cuestionario de valoración.
- Se recogieron el 96,5% de los cuestionarios al alta.
- El 79% de los pacientes considera "muy adecuada" para su ingreso la información contenida en la guía.
- El 20,5% de los pacientes considera "adecuada" para su ingreso la información contenida en la guía.
- El 0,5% no contesta.
- El 93% de los pacientes considera que le ha sido de "mucha" utilidad para su proceso.
- El 6% la considera "bastante" útil y el 1% "poco o nada" útil.
- A la pregunta si han podido resolver su duda utilizando la guía y sin necesidad de llamar al servicio, un 99,5% de los pacientes lo ha conseguido, el 0,5% restante ha precisado consultar telefónicamente la duda.
- Respecto a los pacientes que habían sido usuarios del servicio antes del uso de la guía el 90% considera que la guía le ha ayudado "mucho" a mejorar los cuidados respecto a ingresos anteriores y el 10% restante considera que le ha ayudado "bastante".

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la utilización de la guía de cuidados se percibe la reducción de las llamadas telefónicas para resolver dudas al servicio, disminuyendo además desplazamientos del personal a los domicilios.
Se objetiva por parte del cuidador una mayor seguridad, habilidad y conocimientos para la realización de los cuidados en el domicilio.
Se recomienda seguir entregando la guía a los pacientes/cuidadores ya que afianzan/refuerzan los conocimientos que se explican en el ingreso. De esta forma los cuidados a estos pacientes mejoran en calidad y seguridad.

7. OBSERVACIONES.

Nos hubiera resultado interesante poder aportar en esta memoria un archivo con la guía de cuidados elaborada.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/541 ===== ***

Nº de registro: 0541

Título
GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Autores:
ALQUEZAR CIVERA MANUELA, MORENO PARRA NATALIA, ANGLES HERRERO MARIA ROSA, OYOLA CARMONA DAVID, GONZALEZ GUIJARRO MARTA, ABELLA PEREZ CRISTINA, GARCIA GUALLAR SONIA, BAÑOLAS REDON NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0541

1. TÍTULO

GUIA PRACTICA DE TECNICAS DE CUIDADOS PARA PACIENTES INGRESADOS EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE PLURIPATOLÓGICO Y COMPLEJO
Línea Estratégica . : Seguridad clínica
Tipo de Objetivos . : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque :
Otro Enfoque :

PROBLEMA
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO LOS PACIENTES Y/O EL CUIDADOR PRINCIPAL NO TIENEN EL CONOCIMIENTO SUFICIENTE NI LA CONFIANZA EN SI MISMOS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS TÉCNICAS QUE SE LES DELEGAN, LO QUE SE TRADUCE EN LLAMADAS AL SERVICIO PARA RESOLVER DUDAS. ACTUALMENTE LA INFORMACIÓN SE TRANSMITE VERBALMENTE DURANTE LA VISITA, POR LO QUE LA INFORMACIÓN QUEDA CONDICIONADA A LAS CAPACIDADES DEL INTERLOCUTOR.
EL OBJETO DE LA GUÍA ES SOLUCIONAR DUDAS Y DAR CONFIANZA EN LO QUE RESPECTA AL TRATAMIENTO Y TÉCNICAS.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVO PRINCIPAL: REALIZACIÓN DE UNA GUÍA DE TÉCNICAS Y CUIDADOS PARA EL PACIENTE/CUIDADOR PRINCIPAL EN LA QUE QUEDEN REFLEJADAS LAS DISTINTAS TÉCNICAS Y TRATAMIENTOS QUE SE DELEGAN EN EL DOMICILIO.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:
- DOTAR AL PACIENTE/CUIDADOR DE UNA HERRAMIENTA DE INFORMACIÓN INDISPENSABLE PARA SUS CUIDADOS EN DOMICILIO.
- AUMENTAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE/CUIDADOR PRINCIPAL.

MÉTODO
-IDENTIFICAR LAS TÉCNICAS DE ENFERMERÍA MÁS HABITUALES Y QUE MÁS PROBLEMAS PRESENTAN: CONTROL DE GLUCEMIAS Y ADMINISTRACIÓN DE INSULINAS, OXIGENOTERAPIA Y NEBULIZACIONES, ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VÍA SUBCUTÁNEA, MANEJO DE SONDA VESICAL, ETC...
- REALIZAR UNA GUÍA INFORMATIVA DE REALIZACIÓN DE LAS CITADAS TÉCNICAS Y OTRAS, QUE RESUELVA LAS POSIBLES DUDAS QUE SURJAN EN EL DOMICILIO.

INDICADORES
- % GUÍAS ENTREGADAS/TOTAL DE PACIENTES INGRESADOS EN EL SERVICIO MEDIANTE RECIBÍ.
-CUESTIONARIO TIPO LIKERT CON PREGUNTAS SOBRE LA UTILIDAD DE LA GUÍA, TAREAS APRENDIDAS Y CONFIANZA EN LA REALIZACIÓN.
- ESPECIAL INTERÉS PRESENTAN LOS PACIENTES QUE HAYAN ESTADO INGRESADOS EN EL SERVICIO ANTES DE LA UTILIZACIÓN DE LA GUÍA, COMPARATIVO ENTRE LOS DOS ESCENARIOS.

DURACIÓN
UN AÑO.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1227

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC)HOSPITAL ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTER ARTAJONA RODRIGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ ABAD CRISTINA
QUINONES FERNANDEZ ARAIA
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL
BERTOLO GALINDO ISABEL
LABORDA SEGURANA MARTA
ARIÑO BORRAZ ARANZAZU
SANZ VIDAL MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre de 2019, se habian realizado sesiones informativas en los principales centros de Salud del sector (Andorra,Caspe, Híjar, Calanda, Maella, Alcañiz), explicando el circuito y funcionamiento de la parte hospitalaria del programa.

Se ha realizado gestion por procesos (circuito interno), para el adecuado funcionamiento en el hospital, explicando el procedimiento al área de urgencias y al área médica.

A lo largo del año 2019, se han recibido 127 interconsultas virtuales, hasta 350 atenciones en H.Dia (principalmente, para transfusiones, feroterapia, sueroterapia, tratamiento deplectivo, nebulizaciones o curas). En la consulta de UCC, han sido valorados 50 primeros dias y 380 consultas de seguimiento (tanto médico como enfermería). En cuanto a las llamadas telefónicas, se han registrado 106 llamadas al medico y 380 llamadas enfermería (entre recibidas/realizadas).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 95% de las interconsultas han sido respondidas a tiempo (dentro de las 48 horas), igualmente, tras el alta hospitalaria la enfermera de UCC llama en todas las ocasiones al equipo de atención primaria para recalcar datos importantes y pactar planes de intervención y seguimiento.

Hemos detectado un excesivo número de llamadas telefónicas (casi las mismas que interconsultas realizadas), que en muchas ocasiones no eran urgentes o por desestabilización del problema principal del paciente.

De los 696 pacientes incluidos en programa, hemos tenido contacto en la unidad con 379 pacientes (54,4%), bien a través de IC, consulta presencial, H.dia o ingreso en planta.

No todos los ingresos en la unidad han correspondido a pacientes del programa (por necesidades de espacio en el hospital...). Por otro lado un alto porcentaje de consultas solicitadas han sido para estudio del paciente no siendo éste el uso de este tipo de consulta. El elevado número de consultas de seguimiento nos hace replantearnos quien debe en cada caso asumir el peso del seguimiento de estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A lo largo de 2019, han sido incluidos en el programa hasta 696 pacientes. Esto ha incrementado la intervención a nivel hospitalario al existir mayor volumen de pacientes... Por todo ello, hemos detectado la necesidad de estratificar a nivel hospitalario este pool de pacientes en subgrupos, estableciendo tres niveles asistenciales: el nivel 1 (preferente) se detecta por múltiples reingresos en el último año por el mismo problema de salud, teniendo este subgrupo un seguimiento estrecho en consulta UCC o H.Dia con ingreso programado en ocasiones. En nivel 2, encajan los pacientes con reingresos en el último año por diferentes motivos médicos. El seguimiento suele hacerse desde primaria y en especialistas y UCC puede recibir mediante interconsulta virtual dudas o petición de cita para valoración en consulta. En el nivel 3 se encuentran todos los incluidos en el programa y la unidad puede recibir interconsulta o consultas puntuales, generalmente sin seguimiento en consulta de UCC. Estos niveles son dinámicos y los elabora semanalmente enfermería de UCC con el apoyo del médico. En nivel 1 existe unos 25 pacientes. Consideramos necesario volver a reunirnos con atención primaria para repasar aspectos clave (filosofía de la interconsulta y la derivación) e intentar optimizar el uso de la consulta de enfermería de forma más autónoma en el hospital así como disminuir consultas de seguimiento del médico. Por todo ello, habrá que reevaluar con la nueva intervención, junto con la aplicación de los niveles asistenciales a nivel hospitalario ya que de otro modo el sistema se satura y no pueden beneficiarse los más preferentes del circuito.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1227 ===== ***

Nº de registro: 1227

Título
GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO(UCC) HOSPITAL ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1227

1. TÍTULO

GESTION POR PROCESOS UNIDAD CRONICO COMPLEJO (UCC)HOSPITAL ALCAÑIZ

Autores:

ARTAJONA RODRIGO ESTHER, LOPEZ ABAD CRISTINA, QUIÑONES FERNANDEZ ARAIA, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, BERTOLO GALINDO ISABEL, LABORDA SEGURANA MARTA, ARIÑO BORRAZ ARANZAZU, SANZ VIDAL MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente clasificado con complejidad p> 99 y p> 97-99 según GMA (grupo de morbilidad asociado)
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En 2018,tuvo lugar la puesta en marcha del programa paciente crónico complejo en el sector Alcañiz. A nivel hospitalario, contamos con una unidad de 4 habitaciones dobles (8 camas), un pequeño hospital de día con 3 sillones y una consulta de medicina y enfermería. Al tratarse de un servicio de reciente creación, en la cartera de servicios del hospital, hemos detectado que no tiene bien desarrollado el proceso de la unidad, por lo que consideramos necesario el tener una guía consensuada con la que trabajar

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios de actuación ante las distintas situaciones de derivación que se puedan dar en el programa, así como elaborar una gestión por procesos de la unidad con el fin de evitar en la medida de lo posible el tránsito de estos pacientes por el servicio de urgencias y colaborar con atención primaria como parte fundamental del programa, garantizando la valoración integral de los pacientes crónicos complejos.

MÉTODO

Subproceso de ingreso: camas, ingresos "programados", alta
Subproceso revisión en consulta: revisión programada o urgente. Enfermería/Medicina
Interconsulta virtual con atención primaria (contestación en 48 horas máximo)
Hospital de día programado o valoración urgente
Consulta telefónica (Medicina/enfermería)

INDICADORES

Realización del proceso si/no
% interconsultas contestadas en plazo
% pacientes ingresados con valoración integral (escalas)realizadas
% consultas telefónicas resueltas/ comunicación con A.Primaria tras alta.
% pacientes incluidos en UCC que frecuentan urgencias por descompensación de su problema de salud fundamental
% ingresos UCC fuera de la unidad visitados por enfermería

DURACIÓN

A lo largo 2019

OBSERVACIONES

Tanto enfermería como medicina realiza sesiones clínicas formativas al personal implicado en el circuito asistencial, fundamentalmente en centros de salud del sector.

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 - 2016/1262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
URIARTE PINTO MOISES
GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
El día 24 de agosto de 2017 se inició el circuito de vacunación.
El circuito consiste en que el servicio referente del paciente remite la solicitud de vacunación a la Unidad de Medicina Preventiva. En nuestra unidad gestionamos la cita mediante el programa de citaciones y enviamos carta de citación al paciente en cuestión.
Se inicia con valoración por parte del facultativo de nuestra Unidad y es quién valora si se vacuna, se retrasa la vacunación o se contraindica.
Si está indicada la vacunación se envía a la consulta de enfermería para que administre las vacunas indicadas de acuerdo al protocolo que pertenezca.
Este circuito de vacunación esta descrito en el documento creado con PC-01-_AL(E)A-MP y PC-01-1_AL(E)A-MP de nuestra intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Del 15 de agosto al 31 de diciembre se realizan 116 consultas de primera vez, de los cuales 112 (95,22%) paciente iniciaron vacunación, 4 (4,78%) pacientes que no se vacunaron, uno de ellos se decidió retrasar la vacuna por estar en periodo de lactancia, los otros 3 casos no aceptaron la vacunación.
La media de espera de recibir la vacunación es de 17,3 días.
La media de edad de los pacientes es de 55,8 años.
Si se agrupa la edad de los 116 pacientes, 50 (43,1%) de ellos se encuentran comprendidos entre 51 a 65 años, 36 pacientes (26,7%) entre 36 a 50 años, 25 (21,6%) pacientes son mayores de 66 años y por último 10 (8,6%) pacientes = 35 años.
En cuanto al sexo se atendieron 63 pacientes hombres (54,3%) y 53 mujeres (45,7%).
Los datos por Servicios podemos decir que Reumatología y Dermatología son los servicios que mayor derivaron a nuestra consulta con un 49,1% y 18,1% respectivamente, le siguen Neumología (11,2%) y nefrología (10,3%), estos 4 servicios son los principales prescriptores.
El 74,1% de los pacientes que se prescribieron la vacunación fueron para el protocolo con tratamiento inmunosupresor/biológico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El circuito de la consulta de vacunación de Medicina Preventiva ha sido de gran ayuda para tratar de inmunizar al 95,2% de los pacientes que han pasado por nuestra consulta entre el 15 de agosto al 31 de diciembre de 2017.
El próximo año quedan pendientes valorar los siguientes indicadores que este año no han sido viables.
- Porcentaje de primo-vacunación de pacientes con vacuna de hepatitis B.
- Porcentaje de pacientes que terminan correctamente las vacunaciones de acuerdo al protocolo incluido.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1262 ===== ***

Nº de registro: 1262

Título
CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Autores:
CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, URIARTE PINTO MOISES, ALONSO TRIANA YARA MARIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1262

1. TÍTULO

CIRCUITO DE VACUNACION EN PACIENTES CON ALGUN GRUPO DE RIESGO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías con algun estado de inmunosupresión
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad el Hospital de Alcañiz no oferta la vacunación a la población en riesgo con alguna patologia que ocasiona inmunosupresión o por tratamientos que secundariamente por eventos adversos contribuyen a un estado de inmunosupresión.
Ocasionando en el paciente un riesgo mayor a contraer una serie de enfermedades.

RESULTADOS ESPERADOS

Crear un circuito o acceso al paciente con algún tipo de riesgo de inmunosupresión a estar correctamente vacunado según su patología.

MÉTODO

La unidad de Medicina Preventiva conjuntamente con los Servicios de Farmacia hospitalaria y de Atención Primaria realizaran un circuito que facilite la vacunación de los pacientes en riesgo.
A corto plazo se vacunarán en su Centro de Salud, esta vacunación estara indicada desde la Unidad de Medicina Preventiva mediante un Informe médico con la indicación de vacuna y dosis a seguir.
A medio plazo crear una consulta de vacunación por medicina Preventiva asi facilitando el acceso a los pacientes que precisen de dicha vacunación.

INDICADORES

Porcentaje de personas correctamente vacunada
Se creará una base de datos con los pacientes que presenten una solicitud de vacunación de los Servicios que crean precisan dicha vacunación. Con dicha información se realizará si precisa o no vacunación.
Si no precisa se regresará solicitud al Servicio Remitente.
Si precisa vacunación se remitira informe a Farmacia y a Centro de Salud para realizar la correcta vacunación.

DURACIÓN

Se realizará protocolo con circuito a establecer a corto plazo.
Posteriormente se enviara a crear la consulta de vacunación a Cartera de Servicio del Servicio Aragonés de Salud, una vez creada la consulta se procederá a vacunación en dicha consulta.

OBSERVACIONES

Antigua línea: Seguridad clínica

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0726

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL CALDERON MEZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el 1 de junio al 31 de diciembre se abrio la interconsulta virtual (IV) a todos los medicos de atención primaria del Sector de Alcañiz, en esta consulta se valora si precisa o no vacunación y si precisa citar para realizar consulta con facultativo o con enfermería de la Unidad de Medicina Preventiva del Hospital de Alcañiz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se solicitaron un total de 19 consultas virtuales de las cuales fueron resultas su totalidad, por tanto el porcentaje de consultas realizadas es de un 100%.

El tiempo medio de respuesta de estas consultas fue de 3,42 días.

Del total de consultas fue necesario ver en consulta presencial al paciente en un 78,9%. Por tanto el 21,1% se resolvió mediante la consulta virtual y no precisaron vacunación.

El tiempo medio entre contestar la IV y verle en presencial fue de 8,7 días.

El porcentaje de vacunación de vacunación de las personas que acudieron a consulta presencial fue de 93,3%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La respuesta de la consulta IV fue muy rapida por tanto se resolvieron las dudas al medico solicitante. En aquellos pacientes que fue necesario consulta presencial se citaba con prioridad y si decidia vacunación esta se realizaba de forma inmediata.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/726 ===== ***

Nº de registro: 0726

Título
CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

Autores:
CALDERON MEZA JOSE MANUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Población con al menos un grupo de riesgo de nuestro protocolo de vacunación
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente existe desconocimiento de las vías pertinentes de vacunación de pacientes en riesgo en los Centros de Salud.

Además de la formación oportuna, Nuestra Unidad necesita dar un impulso en la captación de pacientes que no

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0726

1. TÍTULO

CONSULTA VIRTUAL DE VACUNACION EN GRUPO DE RIESGO EN LA UNIDAD DE MEDICINA PREVENTIVA

son seguidos por especialistas médicos.

Actualmente el procedimiento es vía telefonica, en el cual no se queda reflejada ningún tipo de información en ambos sentidos. Con esta iniciativa se verá modificada la situación actual.

RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar protocolo de vacunación en los Centros de Salud de Atención Primaria

Proteger a los pacientes en Riesgo que no son detectados por Especialidades médicas en el Hospital

MÉTODO

Se ofertará a todos los centros de Salud del Sector Alcañiz la iniciativa de la consulta virtual de los pacientes que cumplan en la población diana del protocolo actual de vacunación en grupo de riesgo de nuestro sector.

En dicha petición de consulta, se decidirá si se valora en nuestra consulta medica o no es necesario la evaluación mediante la información aportada por medico de atención primaria.

INDICADORES

Porcentaje de consultas realizadas: Numero total de consultas solicitadas / numero de consultas realizadas

DURACIÓN

Segundo semestre del 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0625

1. TÍTULO

MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES NAVARRO DORADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALDERON MEZA JOSE MANUEL
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE
PALOS GUIJARRO LUIS
MARTIN REMON JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró un manual de acogida de la consulta de vacunación donde existe un árbol de decisión para individualizar actuación vacunal.

Se anotó en programa de dispensación farmacéutica ambulatoria las actuaciones realizadas en cada acto vacunal. Con la mejora en módulos de Historia Clínica Electrónica se empieza a describir procesos de la consulta en dicha plataforma

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se crea manual de acogida donde ha evitado en un 100% de los casos la existencia de variabilidad en acto vacunal. En el 100% de los actos vacunales se han administrados correctamente. No existen incidencias en actos vacunales en nuestra consulta de vacunación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En dispositivos de centros de salud existió una incidencia de acto vacunal al no seguir nuestras recomendaciones y se administró una pauta no secuencial de neumococo.

Existieron incidencias en trasportes de vacunas en el circuito creado con los centros de salud.

Faltaron charlas de formación a personal de enfermería porque a pesar de dar recomendaciones escritas existen dudas de nuestras recomendaciones.

7. OBSERVACIONES.

El módulo de vacunas de Historia clínica electrónica ayudara a la comunicación de dosis administradas en cuanto se ponga en marcha dicho módulo.

Con este circuito se podrán valorar pautas administradas en especializada y primaria evitando duplicidades en vacunación.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/625 ===== ***

Nº de registro: 0625

Título
MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

Autores:
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, CALDERON MEZA JOSE MANUEL, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con alguna inmunosupresión o con algún otro criterio de riesgo
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con la incorporación de una nueva enfermera a la consulta de vacunación se ha observado que podría haber variabilidad de criterio de administración de vacunas en los pacientes de nuestra consulta de vacunación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0625

1. TÍTULO

MANUAL DE CONSULTA RAPIDA PARA LA CORRECTA VACUNACION EN LOS PACIENTES DE GRUPO DE RIESGO

RESULTADOS ESPERADOS

Eliminar la variabilidad y crear arboles de decisiones para la correcta administración de vacunas de nuestros pacientes

MÉTODO

Se creará un manual de acogida con las diferentes situaciones que podrían ocasionar alguna duda en la vacunación. Se anotará en el programa informático de dispensación ambulatoria si existe alguna incidencia

INDICADORES

Vacunación correcta en los pacientes de nuestra consulta de vacunación (100%)

Se evaluarán todos los pacientes en el año y se analizará si ha existido o no alguna discrepancia en la toma de decisión

DURACIÓN

Anual

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0288

1. TÍTULO

ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JORGE ARRIBAS GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO PARDOS CARMEN
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
ABAS VILA MARIA VICTORIA
AYORA RUBIO RAQUEL
ORTIZ MILLAN PILAR
VALLES CASES SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Octubre 2016- febrero 2017

1. Constitución del grupo de trabajo: reuniones de los FEA del Servicio de Microbiología con las enfermeras responsables de realizar la toma de muestras en el Servicio de Microbiología y con la enfermera responsable de la recogida de muestras de los pacientes en los que se realiza vigilancia de infección/ portador de microorganismos multirresistentes.

Marzo - junio 2017

2. Revisión de documentos de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica.

Consulta de las Guías de Toma de muestra de otros Servicios de Microbiología a nivel nacional.

3. Evaluación de la metodología actual en la recogida de las muestras para el diagnóstico de los distintos síndromes infecciosos.

Valoración de los diferentes recipientes existentes en ese momento para la adecuada recogida de las muestras microbiológicas.

4. Inclusión de nuevos recipientes para la recogida de muestras de orina, heridas, úlceras, exudados uretrales y endocervicales.

Julio-diciembre 2017

5. Elaboración del Manual de toma de muestras en Microbiología

6. Importancia de la correcta identificación de las muestras y del paciente,

7. Descripción, con imágenes, de los diferentes recipientes, así como la recogida adecuada, según el tipo de muestra.

8. Capítulos de investigaciones especiales como: anaerobios, micobacterias, hongos y parásitos.

Enero-febrero 2018

9. Presentación del Manual de toma de muestras en Microbiología a Dirección de Enfermería del Hospital de Alcañiz.

10. Comunicación del Manual, en reunión con todas las supervisoras del hospital junto con dirección de enfermería.

11. Difusión del manual realizando reuniones en cada una de las plantas del hospital, urgencias y quirófanos. Las reuniones se han realizado en horario de 14, 45 h a 15, 30h; para intentar que estuviesen tanto los turnos de mañana y tarde, incluyendo supervisoras, enfermeras y auxiliares de enfermería.

12. Elaboración de encuesta: se han realizado 60 encuestas con un grado de satisfacción entre 4-5 del 99%

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración Manual de toma de muestras 100%

Consenso con el personal de enfermería 100%

Difusión 100%

Evaluación de divulgación alcanzado mediante encuestas 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de tener recogido en un manual la toma de muestras en microbiología para su consulta.

El alto grado de satisfacción por la elaboración y difusión del mismo entre el personal sanitario.

Este procedimiento está abierto a posteriores revisiones de la bibliografía y elaboración de nuevas versiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/288 ===== ***

Nº de registro: 0288

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0288

1. TÍTULO

ELABORACION E INMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

ELABORACION E IMPLANTACION DE UN MANUAL DE TOMA DE MUESTRAS MICROBIOLÓGICAS EN EL AREA SANITARIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ARRIBAS GARCIA JORGE, NAVARRO PARDOS CARMEN, ABAS VILA MARIA VICTORIA, AYORA RUBIO RAQUEL, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES, ORTIZ MILLAN PILAR, TOMAS BLASCO PILAR, VALLES CASES SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

La necesidad de disponer de un documento en el que se refleje detalladamente el procedimiento para la recogida y envío de las tomas de muestras en Microbiología.
Esto es imprescindible para la obtención de unos resultados fiables que permitan el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas de nuestros pacientes.
Así mismo esto redundará en un descenso de contaminaciones en dichas muestras, lo cual habitualmente supone un incremento en el número de pruebas diagnósticas con el consiguiente gasto económico.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar la recogida y transporte de las muestras microbiológicas.
Minimizar las contaminaciones de las muestras remitidas.
Garantizar la fiabilidad resultados emitidos.

MÉTODO

Recopilar información a partir de documentos de sociedades científicas así como de la metodología utilizada en otros centros.
Evaluar la metodología utilizada actualmente en nuestro área sanitaria.
Consensuar un documento en el que se refleje la información recogida.
Difusión del mismo.

INDICADORES

Realización de una encuesta para evaluar la difusión del documento.

DURACIÓN

-Constitucion equipo trabajo
-Elaboración Manual de toma de muestras (Estimado 28 Febrero 2017):
-Consenso con el personal de enfermería (30 marzo 2017)
-Difusión (30 Junio 2017)
-Evaluación del nivel de divulgación alcanzado mediante encuestas (30 octubre 2017)

OBSERVACIONES

En el punto de "Tipo de patología, en la población Diana, no comprendemos el por qué se consideran las enfermedades infecciosas y parasitarias con el término "ciertas".

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 - 2018/0867

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 05/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES RUIZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAGAN SOLSONA PILAR
GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE
JASANADA FLORES CARMEN
GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL
ABAS VILA VICTORIA
NAVARRO PARDOS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
Implantación del control de calidad externo.
Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización del procedimiento tecnico de analisis "detección de papilomavirus de alto riesgo" segun norma ISO-15189

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/867 ===== ***

Nº de registro: 0867

Título
REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, BAGAN SOLSONA PILAR, GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE, JASANADA FLORES CARMEN, GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL, ABAS VILA VICTORIA, NAVARRO PARDOS CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Microbiología del Hospital de Alcañiz se encuentra acreditado según norma ISO 15189 en el área de serología desde el año 2007. La acreditación garantiza el diagnóstico microbiológico, a través del establecimiento de una cultura de mejora continua, el aseguramiento de la calidad de los ensayos, así como auditorías internas y externas.

La experiencia previa en acreditación, ha favorecido una cultura de trazabilidad que pretendemos ampliar, de forma que la filosofía de trabajo que impone la Norma ISO 15189 se implante en otras áreas del Laboratorio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0867

1. TÍTULO

REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO TECNICO DE ANALISIS "DETECCION DE PAPILOMAVIRUS DE ALTO RIESGO" SEGUN NORMA ISO 15189, EN EL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA, HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Con la puesta en marcha del Programa de detección precoz de cáncer de cérvix, en el que se recomienda realizar el cribado a mujeres entre 30 y 65 años en el Sector sanitario de Alcañiz, en el Servicio de Microbiología consideramos que sería conveniente realizar un proyecto de mejora para conseguir la acreditación de la técnica.

RESULTADOS ESPERADOS

Planificación de los requisitos necesarios para la acreditación de la técnica según Norma ISO 15189.

Realización del Procedimiento Técnico de Análisis "Detección de papilomavirus de alto riesgo"

MÉTODO

- Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo.
- Implantación del control de calidad externo.
- Cumplimentación adecuada de los registros técnicos y de calidad.
- Redacción del Procedimiento Técnico de Análisis (PTA).

INDICADORES

1. Indicador: Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo SI/NO
2. Indicador: Aseguramiento externo de la calidad = 90%
3. Indicador: realización del procedimiento técnico de análisis SI/NO

DURACIÓN

Fecha inicio: junio 2018

Fecha finalización: diciembre 2018

Ubicación y codificación de materiales, reactivos y equipo: Junio-septiembre 2018

Aseguramiento externo de la calidad. Noviembre 2018

Realización del procedimiento técnico de análisis: diciembre 2018

OBSERVACIONES

Inclusión como un nuevo alcance del Servicio de Microbiología, de la técnica "Detección de papilomavirus de alto riesgo", para conseguir la acreditación de Entidad Nacional de acreditación (ENAC) en el año 2019.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0513

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES RUIZ ANDRES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAGAN SOLSONA PILAR
GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE
JASANADA FLORES CARMEN
GRINON ALONSO MARIA ISABEL
ABAS VILA VICTORIA
NAVARRO PARDOS CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de las distintas técnicas para el rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacteriana, para identificar rápidamente aquellos pacientes con aislamientos de estas bacterias.

Las técnicas de detección rápida utilizadas han sido:

NG-Test CARBA 5 es un inmunoensayo rápido y visual para la detección de 5 carbapenemasas: KPC, VIM, IMP, OXA de colonia bacteriana obtenida en medio de cultivo de agar sólido tras 16h de incubación y procesadas en un tampón de extracción.

Realizados a aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a imipenem o meropenem y a aislados de enterobacterias en aquellos aislados con imipenem, meropenem con CMI =1 y ertapenem con CMI =0.5.

NG-Test CTX-M MULTI es un test rápido de inmunoensayo para la detección de grupos 1,2,8,9 y 25 CTX-M de betalactamasas de espectro ampliado (BLEA) producido por enterobacterias.

Realizados a aislados de enterobacterias que expresen la presencia de betalactamasas de espectro extendido.

NG-Test MCR-1 es una prueba rápida inmunológica para la detección de la enzima MCR-1 en una colonia bacteriana después de cultivo en agar sólido tras 16h de incubación y procesadas en un tampón de extracción.

Realizado a Pseudomonas aeruginosa con una sensibilidad intermedia o resistente a colistina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1: 100% de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa y se ha realizado el test rápido 5 carbapenemasas

Indicador 2: 100% de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias y se ha realizado el test rápido de 5 carbapenemasas.

Indicador 3: 93,9% % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias y se ha realizado el test rápido de CTX-M.

Indicador 4: No se ha aislado Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a colistina en ningún paciente. No procediendo la realización del test rápido MCR-1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La emergencia de enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido y de carbapenemasas, junto con Pseudomonas spp productoras de carbapenemasas, constituyen un reto para la salud pública. La presencia de betalactamasas de espectro extendido y/o carbapenemasas pueden conferir resistencia a la mayoría de los betalactámicos y son también resistentes a otros antimicrobianos de otras familias, como fluorquinolonas, aminoglicosidos y el cotrimoxazol.

La detección de carbapenemasas también supone un reto para los laboratorios de microbiología clínica, debido a que su detección fenotípica no es fácil. La introducción de los métodos rápidos de detección de betalactamasas de espectro extendido y de carbapenemasas mejora la detección de estos mecanismos de resistencia.

Estos métodos, para un rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacterianos, nos permiten ajustar un tratamiento antibiótico adecuado.

Debido a la posible diseminación de estas cepas a nivel intrahospitalario, es necesaria la rapidez en su identificación, tanto de las muestras clínicas como de las de vigilancia epidemiológica.

La incorporación de estas técnicas en la rutina del laboratorio, nos ha servido para aumentar la sensibilidad en su detección, así como una mayor rapidez diagnóstica, respecto de los métodos fenotípicos habituales

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/513 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0513

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0513

Título
MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS MULTIRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, BAGAN SOLSONA PILAR, GONZALEZ THOMSON MARIA JOSE, JASANADA FLORES CARMEN, GRIÑON ALONSO MARIA ISABEL, ABAS VILA MARIA VICTORIA, NAVARRO PARDOS CARMEN, NAVARRO DORADO MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Línea Estratégica .: IRAS PROA
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El aumento de la prevalencia de los microorganismos resistentes a antibióticos está aumentando en Europa, causando brotes y epidemias en varios países.
El empleo de antibióticos de amplio espectro, como tratamiento empírico en infecciones (sepsis e infecciones graves) puede conllevar el aumento de bacterias multiresistentes (MR)
Un rápido diagnóstico de los mecanismos de resistencia bacterianos, permitirá un tratamiento antibiótico adecuado y la puesta en marcha de las medidas de aislamiento que requieren dichos microorganismos, para evitar su propagación, así como la aparición de posibles brotes hospitalarios.

RESULTADOS ESPERADOS
Identificar lo más rápidamente posible a los pacientes con aislamiento de bacterias con alta probabilidad de multiresistencias

MÉTODO
Introducción de una técnica de detección rápida de:

- 5 Carbapenemasas: la β -lactamasa KPC (clase A de Amber). Metalo β -lactamasas de tipo IMP, VIM y NDM. La OXA 48 (clase D) en enterobacterias.
-Se realizará un test rápido a los aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a Imipenem o Meropenem o CMI = 0.5mg/l y que en disco placa Imipenem-Imipenem/dpc = 7mm
-En enterobacterias se realizará un test rápido a los aislados: Imipenem CMI ≥ 1 y/o Meropenem CMI ≥ 1 y/o Ertapenem CMI ≥ 0.5
- Los grupos 1,2,8,9 y 25 CTX-M de β -lactamasas de espectro ampliado (BLEA) producido por enterobacterias.
-Se realizará un test rápido a los aislados de enterobacterias que expresen la presencia de una betalactamasa de espectro extendido.
- La enzima MCR-1, resistencia a colistina.
- Se realizará un test rápido a los aislados de Pseudomonas aeruginosa con sensibilidad intermedia o resistente a Colistina.

INDICADORES
Indicador 1: % de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa en los que se ha realizado el test rápido 5 carbapenemas. Estándar 90%

Indicador 2: % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias en los que se ha realizado el test rápido de 5 carbapenemas. Estándar 90%

Indicador 3: % de pacientes en los que se ha aislado enterobacterias en los que se ha realizado el test rápido de CTX-M. Estándar 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0513

1. TÍTULO

MEJORA EN LOS METODOS DIAGNOSTICOS PARA LA DETECCION DE BACTERIA GRAM NEGATIVAS MULTIRRESISTENTES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Indicador 4: % de pacientes en los que se ha aislado Pseudomonas aeruginosa en los que se ha realizado el test rápido MCR-1. Estándar 90%

DURACIÓN

Fecha inicio: marzo 2019

Fecha finalización: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE OLGA GRACIA GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO
BIELSA GRACIA SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado en primer lugar una selección de los pacientes seguidos en la consulta ERCA (enfermedad renal crónica avanzada) considerados aptos para el trasplante renal.

La consulta ERCA incluye a aquellos pacientes con enfermedad renal crónica progresiva (disminución del filtrado glomerular >5ml/min por año) y filtrado glomerular estimado <20ml/min y/o previsión de la necesidad de inicio de tratamiento renal sustitutivo (TRS) entre 6 meses y 1 año.

En los pacientes seleccionados, se ha iniciado la solicitud de pruebas según protocolo de inclusión en lista de espera de trasplante renal (TXR). En el caso de pruebas que precisaran contraste radiológico, dado su potencial nefrotóxico, se ha valorado de forma individual la indicación (imprescindible o no) de dicha prueba y su posible sustitución por otras de similar rendimiento diagnóstico no nefrotóxicas (por ej: Eco Doppler aortoiliaco en vez de AngioTAC aortoiliaco).

Los recursos empleados para dichas actividades han sido:

- La elaboración de una base de datos con los pacientes seleccionados, las pruebas solicitadas con la fecha de solicitud y las pruebas realizadas con su fecha de realización.
- Paralelamente se ha identificado cada historia clínica (nefrológica) del paciente con un código de pegatinas (Verde: candidato a TXR con estudio iniciado; Azul: candidato a TRS pero no a TXR; Amarillo: candidato a tratamiento renal conservador).

Cada 15 días y fuera del horario de la consulta ERCA, se realiza una revisión y actualización de las pruebas realizadas a los pacientes seleccionados.

En la misma línea, se ha solicitado de forma anticipada el estudio serológico de los pacientes candidatos a TXR siendo remitidos para vacunación al Servicio de Medicina Preventiva, de forma que los pacientes reciban vacunación completa ya durante el periodo prediálisis.

Los pacientes han sido informados de las ventajas en la supervivencia de una inclusión precoz en lista de espera de TXR así como de las pruebas requeridas para su inclusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de pacientes en consulta ERCA: 63 pacientes, de los cuales:

- Número de pacientes en estudio de inclusión en lista de espera de TXR: 8 pacientes (12.7%)
- Número de pacientes incluidos en lista de espera de TXR: 3 pacientes (uno de ellos candidato a TXR de donante vivo)
- Número de pacientes candidatos a tratamiento renal conservador: 21 pacientes (33.3%)
- Número de pacientes candidatos a TRS pero no a TXR: 15 pacientes (23.8%)
- Número de pacientes no clasificados hasta la fecha (a la espera de evolución clínica): 17 pacientes (27%)

A lo largo del periodo 31/12/2016- 31/12/2017:

- Número de pacientes en LE de TXR del total de pacientes en TRS (diálisis): 6 pacientes (17-20% dependiendo del número de pacientes prevalentes en diálisis), de los cuales, 2 pacientes (33%) tenían < 65 años
- Número de pacientes en LE de TXR trasplantados en este periodo: 3 pacientes

Tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE:

- Media 8.6 meses (5 meses- 13 meses)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

? La media actual en Aragón para la incorporación de pacientes en LE de TXR es de 16-17 meses. Los cambios acometidos en el último año nos han permitido situarnos muy por debajo de esta media (8.6 meses), sin embargo, todavía existe un margen para la mejora que nos debería permitir reducir la actual demora media en 6 meses.

? A nivel nacional, sólo el 16% de los pacientes en TRS se encuentran incluidos en lista de espera de TXR. Este porcentaje tan bajo es un reflejo de la elevada morbilidad que acompaña a nuestros pacientes.

? Iniciar el estudio de inclusión en LE una vez iniciado el TRS motiva retrasos que se podrían evitar (o al menos disminuir) si el estudio se inicia en la etapa prediálisis. Los motivos de dicho retraso en nuestra Unidad son dos fundamentalmente:

o La elevada comorbilidad asociada de los pacientes renales hace necesario en muchos casos la necesidad de ampliar el estudio básico con nuevas pruebas diagnósticas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

- o La lista de espera de determinadas pruebas radiológicas.
- o Otros motivos que, aunque en menor medida, también influyen son; La remisión tardía al nefrólogo del paciente con enfermedad renal crónica y los pacientes extranjeros seguidos en ERCA que residen durante periodos de tiempo en su país de origen.
- ? Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para trasplante renal durante su etapa prediálisis, es decir, durante su seguimiento en consulta ERCA.
- ? Teniendo en cuenta la edad de nuestros pacientes incidentes en TRS (el 56% son mayores de 65 años, de los cuales, un 28% tienen más de 75 años), la inclusión en lista de espera de TXR en prediálisis supone un especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.

A la vista de los resultados obtenidos en el último año en nuestro Servicio: Inclusión de 3 pacientes en lista de espera de TXR en prediálisis (con 8 pacientes en estudio) y la reducción del tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE un 50% con respecto a la media en Aragón. Consideramos oportuno continuar en esta misma línea de actuación, que incluye, no sólo un cambio en la inercia de nuestras actuaciones (esperar a que el paciente inicie diálisis para su inclusión en LE de TXR), sino un seguimiento periódico y programado de los pacientes candidatos a TXR al margen de la consulta ERCA.

Existe todavía un margen de mejora para reducir en 6-7 meses de media el tiempo entre el inicio de diálisis e inclusión en LE, a la vez que incrementar el número de pacientes incluidos en LE en prediálisis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1173 ===== ***

Nº de registro: 1173

Título
INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

Autores:
GRACIA GARCIA OLGA, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BIELSA GRACIA SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal crónica avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En las reuniones de la Sociedad Aragonesa de Nefrología realizadas a lo largo del año 2016, quedó puesto de manifiesto la conveniencia de actualizar nuestros criterios de inclusión de pacientes con ERC avanzada en lista de espera (LE).

El marco de esta modificación se ajusta a los siguientes hechos recogidos en Guías Clínicas (en este caso las británicas)

- El trasplante renal (TxR) debería ser la opción de elección para el tratamiento renal sustitutivo (TRS) de todos los pacientes con ERC grado 5 que sean aptos para afrontar la cirugía del trasplante y el tratamiento inmunosupresor crónico. (1A)
- Todos los pacientes en los que se estime un incremento de la expectativa vital posttrasplante, deberían ser evaluados para TxR. (1A)
- La inclusión en LE estará limitada no tanto por la edad como por la comorbilidad asociada y el pronóstico vital del paciente (1A)
- Los pacientes con deterioro progresivo de la función renal deberían ser incluidos en LE en los seis meses anteriores de su fecha estimada de inicio de diálisis(1A)

Existe una notable inercia a incluir a los pacientes en LE únicamente cuando han iniciado tratamiento dialítico. Esta pauta genera importantes retrasos en el acceso de los pacientes a la LE y es difícilmente entendible y aceptable hoy.

- Si desde la consulta ERCA anticipamos la elección de la modalidad de TRS, la realización del acceso vascular, etc. No hay motivos para no ser igual de diligentes en poner a punto cuanto antes la mejor opción de TRS que es el TxR?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1173

1. TÍTULO

INCLUSION ANTICIPADA DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE RENAL

- La pauta actual determina retrasos en la incorporación en LE de hasta 16-17 meses de media. Este hecho, potencialmente modificable, tiene un notable impacto en la mortalidad de los pacientes y en el resultado funcional de los injertos a largo plazo
- El retraso en la incorporación es multifactorial y depende de las actuaciones, exploraciones y consultas de numerosos servicios que tienen sus propias pautas de trabajo. Es difícil modificar estas pautas. Por contra, la anticipación por nuestra parte, es una conducta fácilmente realizable que puede mejorar los tiempos de inclusión en LE

RESULTADOS ESPERADOS

- La reducción del periodo entre inicio de diálisis e inclusión en LE, puede traducirse en una mayor supervivencia del injerto y una reducción de la elevada mortalidad de esta población (el 50% de los pacientes > 60 años mueren en LE sin ser trasplantados)
 - La inclusión anticipada de pacientes aptos para TXR, con ERC progresiva y filtrado glomerular estimado <20 ml/min. en los que se prevea la necesidad de diálisis entre 6 meses y un año, incrementará el número de potenciales receptores en disposición de recibir un injerto. Este hecho disminuirá el número de órganos que no se implantan por falta de receptores apropiados, dando pie a que estos pacientes reciban un trasplante renal anticipado
 - No tenemos que generar ninguna estructura asistencial, disponemos de las consultas ERCA desde donde podemos gestionar adecuadamente la inclusión en LE
 - No se genera un conflicto entre pacientes "prediálisis" y "en diálisis" a la hora de ser receptor de un injerto. Los pacientes en diálisis siempre tendrán, en el "score" de puntuación que determina la asignación del órgano, puntos crecientes en función del tiempo de permanencia en diálisis
- Las ventajas adicionales serían:
1. Especial beneficio en pacientes ancianos cuya ventana de trasplante es más limitada.
 2. Margen de tiempo para ampliar estudios en situaciones conflictivas (p. ej. cardiopatía isquémica) sin tener que ampliar el tiempo de permanencia en diálisis
 3. Ampliar las posibilidades de trasplante de los pacientes hipersensibilizados

MÉTODO

En la consulta ERCA de forma paralela a la preparación del paciente al TRS y a medida que la enfermedad renal progresa, se solicitarán las pruebas complementarias requeridas (según protocolo del hospital Miguel Servet) para su inclusión en LE. Aquellas pruebas que requieran el uso de contrastes intravenosos, dado su potencial nefrotóxico, no se realizarán antes del comienzo de la diálisis

Igualmente, se vacunará al paciente en prediálisis en función de los resultados serológicos y el protocolo de vacunación para esta población

INDICADORES

Estos indicadores permiten reflejar la actividad de las Unidades respecto al TxR y realizar comparaciones constructivas entre los distintos servicios de la C.A.

- Porcentaje de pacientes < 65 años incluidos en LE
- Porcentaje del total de pacientes en TRS, incluidos en LE
- Tiempo entre inicio de diálisis e inclusión en LE

El seguimiento y la evaluación se realizarán al final de cada año coincidiendo con la memoria anual de la lista de espera de TXR de Aragón.

DURACIÓN

Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa).

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO LOPEZ ALEJALDRE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA GARCIA OLGA
BIELSA GRACIA SARA
IBAÑEZ MOLERO RAQUEL
GARCES MAGRAZO DIANA
ANTORAN MORENO MARIA DOLORES
LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo marcado en este proyecto, se han realizado la revisión de la bibliografía existente y de las guías clínicas en relación al acceso vascular en hemodiálisis (Guía Clínica Española del Acceso Vascular, grupo GEMAV publicado en nov 2017) para Hemodiálisis, para la elaboración de protocolos, metodología de valoración y hoja de registro de diferentes variables de las fistulas arteriovenosas (FAVi) de los pacientes en hemodiálisis. Después de esta primera fase, se ha elaborado tanto en formato ofimático (base de datos, Excel) como en formato de papel, formularios/hojas de trabajo para recoger las diferentes variables del acceso vascular que se querían recoger para este proyecto.

Terminado esta fase aproximadamente en abril de 2018, se procedió a planificar una metodología para recoger los diferentes parámetros a valorar según documentos arriba reseñados y periodicidad para realizarlos. Previamente, y aunque no supone ningún procedimiento extraordinario sobre los pacientes, se informó a los mismos de estos cambios en la metodología de la sesión de hemodiálisis.

Se incluyó en la "historia de registro de la sesión de diálisis", varios documentos anexos que son:

* uno en referencia al registro grafico de la FAVi con recreación gráfica del brazo, y registro del tramo "arterial" y "venoso" de la FAVi

* Documento con los diferentes parámetros de la valoración clínica/física de la FAVi. Características que se recogen: inspección, palpación, auscultación y test de elevación del brazo, incluyendo un apartado para anotaciones subjetivas del personal de Enfermería.

* Tabla para recoger valores dinámicos de la FAVi como la recirculación, el flujo de la FAVi por termodilución (Qa) y el % de variación con respecto a medida previa.

Una vez consensuado el formato de dichos documentos se estableció la periodicidad en los registros, siendo en cada sesión la valoración física de la FAVi (inspección, palpación y auscultación, test de elevación del brazo), de carácter mensual para la medida de Qa (o mayor frecuencia si alteración en la medida) y registro gráfico de las características de la FAVi al inicio de hemodiálisis o si procedimiento quirúrgico sobre el acceso vascular y/o realización de nueva FAVi.

En mayo de 2018 se comenzó ya a realizar los registros arriba indicados e implementar medidas correctoras en caso de alteraciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de duración de este proyecto, el número de pacientes en hemodiálisis en nuestra Unidad ha ido oscilando (defunciones, trasplantes, vuelta tras trasplante "fallido"..), estableciendo aproximadamente una media de aproximadamente 30 pacientes.

* En relación % de fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días, hemos obtenido un 20% (4 sobre 20 pacientes con FAVi) (estándar <35%)

* El 100% de las FAVi realizadas a los pacientes en programa de hemodiálisis se controlan de forma precoz (< 4 semanas) (9 pacientes)

* El 100% de los pacientes con FAVi funcionante en hemodiálisis tienen un registro gráfico del acceso vascular y del lugar de punción.

* A 31 de diciembre de 2018 el 45% de pacientes tenían como acceso vascular un catéter venoso central, y un 55% de los pacientes tenían FAVi (estándar >75%) (a fecha de esta memoria 64% con FAVi)

* Ningún paciente incidente en hemodiálisis sin inicio de hemodialisis programado (3 casos) tuvo como acceso vascular un catéter temporal durante más de 2 semanas (estándar <5%). Ningún paciente de nuestra consulta ERCA con inicio programado, llevó catéter temporal.

* En relación a la tasa de trombosis de FAVi nativas (sin material protésico) obtuvimos un valor de 0.30 trombosis/paciente/año en riesgo (estándar <0.15)

Se consiguió un 100% de registros programados de evaluaciones periódicas de las FAVi (estándar >90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al implementar este proyecto hemos detectado una serie de limitaciones, algunas de ellas no dependientes de nuestra Unidad y que en el tiempo hemos visto que son difíciles de subsanar.

El acceso vascular es uno de los factores principales que determinan la morbimortalidad de los pacientes en hemodiálisis (más allá de la elevada comorbilidad que presentan estos pacientes, y las peculiaridades socioculturales de nuestra población (pacientes añosos, nivel cultural..)). Hemos observado que la consecución de objetivos marcados por los estándares que están más relacionados con nuestra práctica los hemos logrado de forma adecuada (quizás porque estamos más implicados con la necesidad de una FAVi normofuncionante; objetivos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

como el registro gráfico, exploración clínica o la medida del Qa mediante termodilución con un módulo que dispone la máquina de hemodiálisis, se han logrado de forma satisfactoria). Sin embargo, aquellos estándares en los que están implicados otros Servicios, como la tasa de trombosis o porcentaje de FAVi funcionante a diciembre de 2018, quedan lejos de los objetivos, y en parte consecuencia de la lejanía del centro de referencia y dificultades para optimizar tiempos y visitas. Las dificultades en la coordinación con nuestro centro de referencia es un obstáculo importante y que sería importante intentar subsanar. Con el circuito actual de trabajo, desde que se detecta una fistula disfuncionante (presenta flujo, pero insuficiente o con valores que indica la probabilidad de trombosis), hasta que se intenta (o no) su reparación, hay un lapso de tiempo de crucial importancia para la supervivencia de la fístula. Actualmente, el paciente con fistula disfuncionante que precisa una valoración especializada, debe realizar varios traslados a Zaragoza (realización pruebas imagen, anestesia, intervención quirúrgica..) lo que implica un importante trastorno para el paciente/familia (dispersión poblacional, pacientes añosos), con la consiguiente disminución en la probabilidad de reparación fistula y secundariamente un aumento del gasto. Otro aspecto a valorar es la dificultad para la realización de ciertas pruebas radiológicas que están indicadas en estos casos, bien por falta de disponibilidad en la cartera del Servicio de nuestro Hospital, o bien por la demora en la realización de pruebas de imagen en el Centro de Referencia. Por ultimo con la evidencia disponible hasta la fecha, y siguiendo recomendaciones de guías y de nuestra Sociedad, la disponibilidad de un ecógrafo con función doppler, como tienen ya la mayoría de unidades de nefrología de Aragon (y varios Servicios de nuestro Hospital), y España permite hacer un seguimiento más estrecho de las fistulas, con detección precoz de alteraciones en las mismas y por tanto remisión temprana y con más datos "objetivos" al Servicio correspondiente (evitando traslados a Zaragoza y "ganando" tiempo. Más allá de lo anteriormente expuesto, la disponibilidad de ecógrafo doppler, facilita la punción de fistulas más complicadas, colocación de accesos temporales y/o definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/312 ===== ***

Nº de registro: 0312

Título
IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, GRACIA GARCIA OLGA, BIELSA GRACIA SARA, IBAÑEZ MOLERO RAQUEL, GARCES MAGRAZO DIANA, ANTORAN MORENO MARIA DOLORES, LOPEZ JUBILLAR EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Acceso vascular en paciente en hemodialisis
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La morbimortalidad de los pacientes en programa de hemodiálisis esta estrechamente relacionada con el acceso vascular del cual se dispone. Con la evidencia actual, se sabe que el uso de un cateter venoso central (CVC) como acceso vascular multiplica hasta por siete veces, el riesgo de complicaciones infecciosas con respecto a la fistula arteriovenosa (FAVi), con un importante aumento de mortalidad durante el primer año. Por tanto, es fundamental conseguir la máxima incidencia y prevalencia de pacientes con FAVi normofuncionante en una Unidad de Hemodiálisis, por medio de, entre otras medidas, un programa de monitorización y seguimiento para la detección precoz de complicaciones (fundamentalmente estenosis y evitar posteriores trombosis del acceso) evitando maniobras de rescate del acceso no programadas, que implican aumento del riesgo para el paciente y aumento del gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la implantación de un programa de monitorización, nos proponemos lograr:
* una detección precoz de FAVis disfuncionantes (reparación de estenosis e intentar evitar trombosis) y poder realizar maniobras electivas que precisen para la recuperación funcional del acceso vascular, consiguiendo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0312

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE MONITORIZACION DEL ACCESO VASCULAR EN LA UNIDAD DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

una mayor supervivencia del acceso.

* disminuir la incidencia/prevalencia de pacientes portadores de CVC (temporales o permanentes)

MÉTODO

1. Diseñar e implementar un protocolo para la valoración y evaluación de FAVi mediante técnicas de primera generación (monitorización clínica, % de recirculación) y su recogida en una hoja de datos para el seguimiento (al menos una vez a la semana)
2. Protocolización y estandarización con el personal de Enfermería de los diferentes pasos y parámetros a recoger durante la sesión de hemodiálisis para la obtención del parámetro Qa (flujo del acceso vascular) mediante termodilución con una periodicidad, al menos, mensual.
3. Derivación precoz al Servicio correspondiente para la realización precoz de pruebas de imagen y/o reparación de FAVi con el intento de evitar complicaciones.

INDICADORES

Indicadores según la Guía Clínica Española del Acceso Vascular para Hemodiálisis (GEMAV)

- A) Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento (indicador de resultado). Estandar <35%
- B) Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización). Indicador de proceso. Estandar 100%
- C) Porcentaje de pacientes en los que se lleva un registro gráfico de zonas de punción durante las sesiones de hemodiálisis. Indicador de proceso. Estandar 100%
- D) Porcentaje de pacientes prevalentes con más de 3 meses en programa de hemodiálisis que, a 31 de diciembre del año estudiado, se dializan a través de una fístula arteriovenosa nativa. Indicador de resultado. Estandar >75%
- E) Porcentaje de pacientes que se dializan a través de un catéter venoso central no tunelizado durante más de 2 semanas consecutivas. Indicador de resultado. Estandar <5%
- F) Tasa anual de trombosis de fístulas arteriovenosas nativas. Indicador de resultado. Estandar 0.15 trombosis/paciente/año
- G) Porcentaje de fístulas arteriovenosas que tienen registro de evaluaciones periódicas. Indicador de proceso. Estandar >90%

DURACIÓN

Duración aproximada 12 meses:

- Mayo 2018: Revisión, realización de protocolos y documentos para la recogida de datos
- Junio 2018: Estandarización de maniobras y parámetros que se deben de recoger
- Julio 2018-Febrero 2019: Recogida de datos e implementación de las medidas
- Marzo 2019: Realización de la memoria

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE SARA BIELSA GRACIA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H ALCAÑIZ
• Localidad ALCAÑIZ
• Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
• Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA GARCIA OLGA
LOPEZ ALEJANDRE IGNACIO
BARRIENTOS REVILLA ELENA
ANTORAN MORENO MARIOLA
IBÁÑEZ MOLERO RAQUEL
ORDOÑEZ FERRER MARIA DEL MAR
MARRIUTANU ANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de una hoja de evaluación de factores pronósticos de pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada:
 - a. La página uno incluye una tabla con el grupo de factores pronósticos de mayor peso, junto a un apartado que recoge deseos/voluntades del paciente y finalmente la terapia renal hacia la que se orienta.
 - b. En la página 2, se registran toda una serie de ítems para desarrollar una valoración geriátrica integral dirigida a aquellos pacientes en los que se considere necesaria una evaluación previa a la decisión terapéutica.
 - c. En apartados anexos, se elaboró una recopilación de los principales test de evaluación geriátrica los cuales están a disposición del personal facultativo y de enfermería en la consulta ERCA.
 - Test de Frail para evaluar la fragilidad del paciente
 - Valoración de la capacidad funcional:
 - o Test de Barthel para la evaluación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria
 - o Escala de Lawton y Brody para la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
 - o Pruebas de ejecución, para valorar la marcha, el equilibrio y la movilidad mediante la evaluación de una Serie corta de rendimiento físico (SPPB)
 - Prueba de valoración cognitiva: test de Pfeiffer
 - Valoración nutricional:
 - o Medidas antropométricas: peso, talla, cintura
 - o Parámetros de laboratorio relacionados
 - o Composición corporal: Bioimpedancia
 - Valoración de la ansiedad y la depresión: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)
 - Valoración de la calidad de vida mediante escala analógica visual.
2. Elaboración de un tríptico informativo sobre tratamiento renal conservador para pacientes con ERCA y sus familiares. Revisado por el servicio de Calidad del Hospital de Alcañiz dese el 13 de junio de 2019 y entregado a partir de esa fecha a pacientes subsidiarios a TRC.
3. Elaboración de folleto informativo y de orientación terapéutica de los pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada bajo tratamiento renal conservador, dirigido a Atención Primaria y ESAD.
4. Reunión con ESAD para coordinar la atención a pacientes con TRC (11 de Julio de 2019), de la misma trascendió:
 - a. Sesión informativa impartida por Nefrología sobre la ERCA y sus posibilidades de tratamiento, con especial desarrollo de las indicaciones y recomendaciones de manejo de pacientes con TRC.
 - b. Se acordó el momento entorno al cuál se considera recomendable la solicitud de la valoración por el ESAD, así como la vía para canalizar la misma.
 - c. Se propuso la posibilidad de realizar un episodio sobre tratamiento renal conservador en el que poder plasmar la información pertinente a cada paciente en relación a esta enfermedad y su plan terapéutico. Sin embargo, desde el ESAD, en el momento actual, aunque disponen de medios para poder acceder a la HCE, todavía no es posible que puedan introducir en ella información. Por lo que, en caso necesario, se acordó facilitar por su parte información por escrito al paciente o familiares, quienes la transmitirán a su vez a Atención Primaria y/o Nefrología.
5. Reunión con Roberto González de Mendibil Astondo, Director de Atención Primaria del Sector de Alcañiz. En la misma, se llevó a cabo una puesta en conocimiento del proyecto con la finalidad de hacer partícipes a los médicos de Atención Primaria y se presentó el folleto informativo dirigido a los mismos para facilitar una actualización del conocimiento sobre el manejo específico de pacientes bajo TRC. Se acordó enviar un mensaje informativo al personal facultativo, así como poner a su disposición el folleto informativo sobre el manejo de los pacientes con TRC a través de la Intranet (apartado de Calidad).
6. Desde el mes de junio y tras la revisión del folleto informativo para pacientes y familiares, se ha entregado a aquellos pacientes incluidos en tratamiento renal conservador evaluados en nuestra consulta, junto con la información verbal correspondiente.
7. Se ha solicitado la colaboración del ESAD para la atención de aquellos pacientes que por su condición clínica han precisado atención domiciliaria por este equipo.
8. Creación progresiva, en aquellos pacientes que han sido revisados en nuestra consulta, de un episodio clínico en la historia clínica electrónica titulado Tratamiento Renal Conservador, como recurso para realizar un abordaje multidisciplinar unificado y coordinado.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A fecha de 31 de enero de 2020 existen 56 pacientes en seguimiento por Nefrología en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada. De ellos un 67.9% (n= 38) fueron varones. La mediana de edad de los mismos se sitúa en los 82 años (rango intercuartílico 16.25 años). Con una mediana de Filtrado glomerular estimado por la fórmula CDK-EPI en el momento de la remisión de 19 ml/min/1.73m² (rango intercuartílico= 6.8 ml/min/1.73m²) y de 18 ml/min/1.73m² (rango intercuartílico= 8 ml/min/1.73m²) en su última revisión en consulta. En el 41.1% de los casos (23/56) la etiología de la ERC fue de causa vascular, seguida en frecuencia por la Nefropatía diabética en un 19.6% de los casos (11/56). El porcentaje de pacientes con orientación hacia un tratamiento renal conservador en la consulta ERCA asciende al 53.6% de los pacientes (n= 30) aunque sólo 13 de ellos presenta en el momento actual un FGe<15 ml/min/1.73m² (23.2% de los pacientes de la consulta ERCA). Por grupos de edad, dentro del total de pacientes orientados a TRC identificamos, un 3.3% (n=1) con edad inferior a 75 años; otro 3.3% (n=1) entre 75 y 80 años y un 93.3% (n=28) con edad superior a 80 años. Ha sido necesaria realizar una evaluación geriátrica completa en tan sólo un 5.4% de los pacientes (n=3). Una mujer de 79 años y un hombre y otra mujer de 83 y 82 años respectivamente. Se ha entregado el tríptico informativo sobre Tratamiento Renal Conservador a un 18.5% de los pacientes de la consulta ERCA (n=10). Se ha solicitado la colaboración con el ESAD en el 8.9% de los pacientes de la consulta ERCA (n=5). Han fallecido un 10.9% de los pacientes de la consulta ERCA (n=6). Aunque 2 presentaban un FGe>15 ml/min/1.73m² en la revisión previa y la causa del éxito fue ajena a la ERCA (Adenocarcinoma de colon y Sepsis de origen urinario). La mortalidad en el grupo con FG<15 alcanzó el 20% de la muestra, todos ellos con una edad superior a 80 años. La mediana de supervivencia de los pacientes en TRC desde que su FGe cae por debajo de 15 ml/min/1.73m², hasta el momento actual o momento de la muerte ha sido de 9 meses (rango intercuartílico 12.25). Siendo de 2 meses en menores de 75 años (n=1); 0 meses entre los 75-80 años (n=1) y de 9 meses en mayores de 80 años (n=11). Aunque el tiempo de seguimiento en algunos casos es muy limitado, por lo que estos datos deben ser interpretados con cautela. Inicialmente se planificó realizar un registro de la calidad de vida de los pacientes mediante su evaluación con Escala Analógica Visual, pero a menudo el seguimiento de estos pacientes se ha llevado a cabo en nuestra consulta por mediación de la asistencia de familiares y no del propio paciente, por lo que no hemos podido obtener hasta el momento esta información.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el año 2019, desde el servicio de Nefrología se han implementado medidas dirigidas a mejorar la calidad de la atención al paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada candidato a un tratamiento renal conservador. Ello ha permitido disponer de un protocolo de cribado con herramientas accesibles en consulta, junto con información escrita para remitir tanto al paciente, sus familiares y médicos de Atención Primaria. Así mismo, ha permitido establecer unos canales de derivación consensuados con el centro de referencia para ofrecer a los pacientes un tratamiento paliativo domiciliario. El volumen de pacientes registrado mayores de 75 años es considerable, por lo que el impacto en la práctica clínica de este programa tiene un peso importante en el sector de Alcañiz. Continuar la evaluación de los resultados de supervivencia y calidad de vida de estos pacientes contribuiría a la recopilación de experiencia de centro, lo cual en la actualidad suscita interés en el área de los Cuidados Paliativos y la Nefrología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/881 ===== ***

Nº de registro: 0881

Título
PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Autores:
BIELSA GRACIA SARA, GRACIA GARCIA OLGA, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BARRIENTOS REVILLA ELENA, ANTORAN MORENO MARIOLA, IBAÑEZ MOLERO RAQUEL, ORDÓÑEZ FERRER MARIA DEL MAR, MARRIUTANU ANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedad Renal Crónica Avanzada
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El tratamiento renal conservador (TRC) es una alternativa válida frente a la Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA), especialmente en pacientes de edad avanzada con factores de mal pronóstico y para aquellos que no quieren diálisis. Es fundamental que todo programa de TRC vaya acompañado de un programa eficaz y organizado de Cuidados Paliativos.

En nuestra unidad hemos detectado que en ocasiones se plantean dudas en la selección de pacientes candidatos a TRC, así como fallos en la toma de contacto con otros especialistas implicados en la atención de estos pacientes. Con este proyecto queremos mejorar la calidad de la atención de los pacientes con ERCA estableciendo un protocolo de cribado que nos ayude a diferenciar a los candidatos idóneos para esta terapia y mejorar la coordinación con otros especialistas.

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto dirigido a pacientes con ERCA que optan a un tratamiento conservador:

- FGe < 15 ml/min/1.73m² y factores de mal pronóstico
 - Pacientes que rechazan la diálisis
 - Pacientes en diálisis con criterios de retirada de terapia renal sustitutiva
- Con este proyecto trataremos de ofrecer un plan de cuidado integral centrado en el paciente con los objetivos:
1. Valorar qué pacientes con ERCA se beneficiarán de TRC
 2. Comunicación detallada y toma de decisiones compartida con el paciente
 3. Retrasar progresión de la ERCA y sus complicaciones
 4. Manejo del dolor y otros síntomas que puedan aparecer
 5. Plan de Cuidados Paliativos Avanzados y cuidados al final de vida adecuadamente coordinado

MÉTODO

1. Reunión entre Nefrología y el ESAD de Alcañiz, para coordinar el trabajo y aunar criterios de atención a estos pacientes
2. Elaboración y cumplimentación de una hoja de evaluación que abordará una exploración detallada de factores pronósticos, junto con un registro de la información comunicada al paciente y sus deseos y valores. El objetivo de la misma será valorar qué pacientes en ERCA se beneficiarán de un TRC, incluirá un registro de parámetros clínicos y de laboratorio. Cuando las características del paciente sugieran la presencia de un estado de fragilidad, deterioro de la capacidad funcional o cognitivo, se realizará una evaluación de las mismas mediante el empleo de test y pruebas específicos
3. Elaboración de material psicoeducativo para pacientes y familiares acerca de la ERCA y su manejo conservador
4. Oferta de una atención clínica multidisciplinar a los pacientes en TRC que incorpore:
 - a. Atención en consulta de enfermería nefrológica con entrega y explicación de material psicoeducativo previamente mencionado, junto con asesoramiento individualizado sobre dieta y estilo de vida
 - b. Seguimiento programado en Nefrología en función del grado de estabilidad clínica
 - c. Derivación de pacientes que requieran seguimiento domiciliario o en situación de últimos días al ESAD para su atención conjunta
 - d. Evaluación del dolor y los síntomas urémicos en cada visita con instauración de las medidas oportunas
 - e. Proporcionar a médicos de Atención Primaria información acerca del manejo de complicaciones agudas que puedan aparecer mediante la creación de un documento
 - f. Puesta en marcha de un registro de actividad clínica específico de TRC en la historia clínica electrónica común para Nefrología, ESAD, Atención Primaria y cualquier otro profesional que participe en el mismo
 - g. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes en TRC

INDICADORES

Los indicadores señalados a continuación tratarán de reflejar los resultados de la actividad de la Unidad respecto al TRC. Estándares no establecidos en la actualidad (Evaluación anual):

- Porcentaje pacientes > 75 años en TRC
- Porcentaje pacientes > 80 años en TRC
- Mediana de supervivencia en TRC por subgrupos de edad: < 75, > 75 y >80 años
- Porcentaje pacientes en TRC con acceso a atención multidisciplinar
- Mediana de calidad de vida percibida por el paciente en TRC en el momento de inclusión, a los 3 y a los 6 meses

DURACIÓN

Anual y revisable cada año. Los responsables de su implantación serán los nefrólogos del hospital de Alcañiz (Dra Gracia, Dr López y Dra Bielsa)

Calendario:

- Elaboración de tríptico informativo sobre TRC (marzo 2019)
- Elaboración de hoja de evaluación-orientación terapéutica de pacientes (marzo 2019)
- Elaboración de documento informativo para Atención Primaria (abril 2019)
- Reunión entre Nefrología y el ESAD de Alcañiz (abril 2019)
- Cumplimentados los anteriores, se iniciará la aplicación del proyecto con pacientes

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0881

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA ATENCION CLINICA A PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA QUE OPTAN A TRATAMIENTO CONSERVADOR

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0255

1. TÍTULO

INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

Fecha de entrada: 03/05/2017

2. RESPONSABLE SERGIO FANDOS LORENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA
GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN
GAVIN BLANCO OLGA
BELENGER CARRERAS LINA MARIA
HEREDIA FERRER LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Adquisición en forma de préstamo de Gasmedi de un equipo portátil de poligrafías cardiorespiratorias.

2- Autogestión de los estudios de sueño, adquiriendo independencia de Gasmedi con el objetivo de disminuir el tiempo de espera hasta realización de la prueba y desde la realización de la misma hasta revisión en consulta e inicio del tratamiento. Evitando el extravío de estudios y la necesidad de repetir los mismos por baja calidad del registro

3- No se ha cumplido el calendario inicial por un retraso en la adquisición del polígrafo que debía haber sido entregado por Gasmedi en Octubre de 2015 y no fue entregado hasta Marzo de 2016 por lo que hemos tenido que esperar (1 año) hasta Abril de 2017 para analizar los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Reducción de los tiempos de espera desde la solicitud hasta la realización de la prueba de 2 meses los estudios urgentes y 6 meses los no urgentes antes de iniciar el proyecto a menos de 1 semana independientemente de la urgencia del estudio después de comenzar el proyecto.

2- Reducción de los tiempos de espera desde realización del estudio hasta revisión en consulta de una media de 6 meses antes del proyecto a 15 días después de su instauración, aprovechando además dicha consulta para iniciar el tratamiento (Antes debían llamar a Gasmedi desde el domicilio quienes iniciaban el tratamiento en los próximos días)

3-Reducción de los estudios que han precisado ser repetidos por deficiencias del registro. En 2013 se realizaron 159 poligrafías y se repitieron 22 (13.83%) En 2014 se realizaron 160 poligrafías y se repitieron 14 (8.75%). Después del proyecto en el primer año se han realizado 210 poligrafías y se repitieron 4 (1.9%)

4- Reducción hasta eliminar por completo el extravío de estudios

5- Aunque no era un objetivo inicial se ha aumentado el número de poligrafías realizadas en un 23.8%, de 160 poligrafías anuales antes del proyecto de mejora a 210 en el primer año de autogestión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de que el proyecto de mejora ha supuesto un incremento considerable tanto en la carga asistencial de médicos y enfermeras y en el esfuerzo de todo el equipo para sacar el proyecto de mejora adelante, pensamos que ha merecido la pena y se han cumplido con creces los objetivos, destacando la reducción general de los tiempos de espera, ya que antes de su instauración desde que se veía el paciente en la consulta hasta que se iniciaba el tratamiento trascurría un tiempo que en muchas ocasiones se acercaba al año y en algunas los superaba (lo que considerábamos inadmisibles) y actualmente lo hemos conseguido acortar de forma muy significativa a menos de un mes.

7. OBSERVACIONES.

Nuestro más sincero agradecimiento a la dirección del Hospital que nos ha permitido llevar este proyecto a cabo y al personal de la empresa de terapias respiratorias Gasmedi quienes nos han prestado el polígrafo y se han adaptado a nuestra nueva forma de trabajo, siendo imprescindible su colaboración.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/255 ===== ***

Nº de Registro: 0255

Título
INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0255

1. TÍTULO

INDEPENDENCIA, ORGANIZACION Y OPTIMIZACION DE LOS RECURSOS PROPIOS EN RELACION CON LAS POLIGRAFIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS

Autores:

FANDOS LORENTE SERGIO, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, BELENGER CARRERAS LINA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

PROBLEMA

Actualmente el hospital de Alcañiz tiene contratado la realización de los estudios de sueño (poligrafías nocturnas) con la empresa Gasmedi, integrado en el contrato de Terapias respiratorias domiciliarias.

Desde hace meses, se observa retraso en la realización, retraso en el envío de la misma al Hospital, repetición de las mismas por no cumplir la suficiente calidad de registro y extravío de muchas de las pruebas.

Hablamos de 5-6 meses de media entre la solicitud de la prueba y la recepción del resultado por parte del paciente

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el retraso del resultado de la prueba desde que se solicita hasta su recepción por el paciente.

Acabar con el extravío de pruebas, problema que hace que el retraso mencionado anteriormente pueda ampliarse hasta 1 año, puesto que hasta que no reclama el paciente no se detecta el extravío.

Llevar a cabo un control, organización e independencia de una prueba médica con capacidad de ser realizada por el propio servicio del Hospital sin necesidad de intermediarios.

MÉTODO

El objetivo y método del proyecto es realizar las poligrafías nocturnas domiciliarias desde el servicio de Neumología como se está realizando en la mayoría de los hospitales de Aragón.

La enfermera se encargará de explicar el funcionamiento y colocación del monitor de apneas, entregando el mismo al paciente en la consulta para que lo devuelva al día siguiente tras haber completado el registro por la noche. Esa misma mañana el estudio será analizado, sabiendo si es válido para no tener que repetirse, y pudiendo ser citado en la mayor brevedad posible.

INDICADORES

Tiempo entre la solicitud de la prueba y su posterior realización: Localizaremos la fecha de petición y la de recogida de resultado.

Número de estudios de sueño que precisan repetición. Registro de datos

Número de estudios de sueño extraviados. Registro de datos

DURACIÓN

Inicio Octubre 2015, aunque el proyecto continúe realizaremos finalización del proyecto para obtener los resultados en Octubre 2016.

Realizaremos un corte de resultados provisionales en marzo 2016.

Realizaremos sesión "Aula Respira", reunión con pacientes con enfermedad del SAHS, familiares y personas interesadas, donde informamos al pacientes de las características y repercusiones de dicha enfermedad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0298

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

Fecha de entrada: 02/05/2017

2. RESPONSABLE MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FANDOS LORENTE SERGIO
HEREDIA FERRER LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una revisión bibliográfica que confirmaba lo que ya sabíamos, que las cámaras de inhalación están infrautilizadas siendo un recurso económico y material muy costo-tiempo-efectivo. Se confirmó que se siguen utilizando y lamentablemente con errores de protocolo de uso los nebulizadores. Se redactó un nuevo documento de actualización de uso y utilización de cámaras de inhalación y nebulizadores que se envió a todas las unidades y plantas del hospital donde se trabaja con estos recursos. Posteriormente se realizó una sesión clínica en el hospital para exponer en público dicho documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han comenzado a utilizar más tanto a nivel de urgencias hospitalarias como a nivel de planta de hospitalización, las cámaras de inhalación, disminuyendo en un 25% el uso de nebulizador. Se han actualizado las medidas de limpieza de estos recursos en todas las plantas de manera estandarizada. Se le ha actualizado a los profesionales que usan estos dispositivos los protocolos de uso de los mismos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los profesionales están satisfechos porque han visto que el hecho de estar actualizados en estos conocimientos mejora en tiempo y forma su carga laboral, aunque comentan que es difícil quitarse anteriores costumbres. Se ha mejorado el uso y limpieza de estos dispositivos que están relacionados con la efectividad de los tratamientos recibidos por los pacientes y con la transmisión de infecciones entre pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/298 ===== ***

Nº de Registro: 0298

Título
ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, GALLEGO BERMEJO MARIA CARMEN, LASSO OLAYO JESUS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

PROBLEMA

En nuestro hospital han surgido discrepancias y dudas sobre el uso y limpieza de las cámaras de inhalación frente al habitual uso de los nebulizadores. Realizando una revisión bibliográfica y una búsqueda de la mejor evidencia científica hemos pensado en aportar aclaraciones al respecto para facilitar la práctica diaria de nuestra plantilla.

No existe ninguna duda de que la vía inhalatoria es la preferible y la más utilizada para la administración de fármacos en el paciente respiratorio, especialmente en el área de los broncodilatadores, tanto en situaciones de urgencia como en crisis. Sin embargo, la información disponible llama la atención sobre los defectos existentes en su correcta utilización. Buena parte de estas incorrecciones son atribuibles al desconocimiento existente sobre la adecuada utilización de inhaladores.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Aclaración al respecto de:

Las indicaciones y el modo de uso de las cámaras de inhalación y nebulizadores.
La limpieza de las cámaras de inhalación y nebulizadores.
Mejoría de la utilización de los dispositivos de ayuda a la terapia inhalada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0298

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL USO Y LIMPIEZA DE LAS CAMARAS DE INHALACION Y NEBULIZADORES

MÉTODO

Revisión bibliográfica de las evidencias respecto al uso, indicaciones y errores de los diferentes dispositivos; cámaras de inhalación y nebulizadores. Análisis posterior y establecimiento de conclusiones. Elaboración de un documento.

Actualización del anterior procedimiento operativo y difusión en todos los servicios del hospital donde se ha utilizado este tipo de procedimiento.

INDICADORES

Disposición en todos los controles de enfermería de nuestro hospital de el documento y un esquema de la utilización de los nebulizadores y cámaras de inhalación, además de su limpieza.

Realización de una charla informativa sobre el tema a todos los equipos de enfermería de cada planta.

Evaluación mediante una encuesta de 8 ítems a las supervisoras de cada unidad sobre los cambios en la actividad en la planta respecto a este tema.

DURACIÓN

Duración 1 año

Elaboración del documento: Junio 2015

Elaboración e impresión del esquema Julio 2015

Charla informativa por los diferentes equipos de de enfermería Septiembre-Noviembre 2015

Elaboración de la encuesta Mayo 2016

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1179

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA

Fecha de entrada: 06/03/2018

2. RESPONSABLE LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Descripción de los procedimientos que se realizan en el servicio de Neumología del Hospital de Alcañiz:
Procedimiento de Prick-test.
Procedimiento de la realización de espirometría
Procedimiento de la realización de test de marcha.
Procedimiento de la administración de Xolair.
Procedimiento de realización de estudio de sueño.
Procedimiento de realización de esputo inducido.
Procedimiento de realización de la provocación bronquial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha conseguido unificar la práctica en el trabajo diario.
Actualizar los protocolos de las diferentes prácticas.
Facilitar la realización de las pruebas a personas ajenas al servicio

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La realización de este proyecto nos ha facilitado la práctica diaria y corregir las técnicas que estábamos realizando sin una actualización recomendable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1179 ===== ***

Nº de registro: 1179

Título
PROCEDIMIENTOS SERVICIO DE NEUMOLOGIA

Autores:
HEREDIA FERRER LOURDES, CASANOVAS SEVILLANO RAQUEL, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, PEREZ ANGOSTO ESTHER, FANDOS LORENTE SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el servicio de Neumología se realizan diferentes pruebas y cada una ellas con una técnica diferente. Con este proyecto pretendemos unificar criterios en la realización de las pruebas haciendo una revisión bibliográfica de los manuales existentes.
Además pretendemos que se describan de una manera clara para que cualquier persona que llegue a la unidad tenga la información necesaria de la manera de proceder.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificación de los criterios en la realización de las pruebas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1179

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTOS SERVICIO NEUMOLOGIA

Mejora de la práctica clínica

MÉTODO

Actividades:

- revisión bibliográfica de cada una de las pruebas.
- repartir las diferentes técnicas entre los miembros del grupo.
- realización de los diferente documentos.

Recursos:

- una reunión para la repartición de las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro del grupo necesitará bibliografía de las técnicas que tengan que revisar, uso de manuales que están en el servicio de Neumología o uso de internet.
- se realizará otra reunión para la revisión entre todos los miembros del grupo.
- medios materiales para tener un dossier repartido en las diferente salas que forman parte de la unidad de Neumología.
- colgar la información en la intranet.

INDICADORES

Disponer de manual de procedimientos de las técnicas que se realizan en la unidad de Neumología colgado en la intranet

DURACIÓN

Abril 2017:

- reparten las técnicas entre los miembros del grupo.
- cada miembro se encarga de elaborar el documento de la técnica que le haya tocado.

Mayo 2017:

- puesta en común de las técnicas elaboradas

Junio 2017:

- elaboración del dossier
- llevar a cabo las técnicas descritas con las incorporaciones de los cambios que se puedan hacer tras la elaboración de este dossier.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1313

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FANDOS LORENTE SERGIO
TELMO HUESO SIRA
VAQUE BIELSA MARIA PILAR
SENDER ALEGRE LAURA
LAHOZ MACIPE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo multidisciplinar con la participación de profesionales de Atención Primaria y del Hospital. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica de los manuales de deshabituación tabáquica de nuestro entorno, escogiendo como modelo el "Manual de abordaje del tabaquismo en Atención Primaria" del Gobierno de Cantabria. Se han elaborado diagramas de flujo para los centros con y sin consulta monográfica de tabaquismo, estableciendo los criterios de derivación a la consulta de deshabituación tabáquica del hospital de Alcañiz para aquellos centros sin consulta monográfica que quieran solicitar colaboración. Se han establecido recomendaciones concretas de consejo breve según la edad de los pacientes. Finalmente se ha elaborado un manual concreto de manejo de fármacos en deshabituación tabáquica. Dirección de Atención Primaria ha incluido la detección de tabaquismo y la intervención antitabáquica en fumadores dentro de la incentivación individual de los profesionales médicos y enfermeros (incluido los MAC). El manual se terminó en el mes de Octubre, sin embargo, a la hora de implementar la formación nos encontramos con que los planes de formación de los centros de salud no permitían impartir las sesiones hasta el año 2018 por lo que se ha tenido que posponer su implantación al primer trimestre de 2018 siendo objetivo de la Dirección de Atención Primaria para el año 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes fumadores en los que se ha realizado intervención antitabaco en Atención Primaria sector Alcañiz:
- 2016 51,03%
- 2017 57,84%

Destaca el incremento de 11 y 9 puntos en los centros de salud de Andorra y Alcañiz respectivamente (que ya están desarrollando la consulta antitabaco).

% de pacientes a quienes se ha preguntado por el hábito de fumar en Atención Primaria sector Alcañiz
- 2016 41,83%
- 2017 46,27%

Por primera vez el sector Alcañiz supera el promedio de Aragón en este indicador
Destaca el incremento de 20% en Calanda, 12% en Andorra y 10% en Cantavieja.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no se ha podido implementar el protocolo, podemos concluir que la inclusión de los indicadores de tabaquismo dentro de la incentivación individual de los profesionales, así como la adopción de las consultas de tabaquismo está incrementando la cobertura de las actividades frente al tabaquismo. La estrategia continuará en el año 2018 ya que es un proyecto estratégico de la dirección a largo plazo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1313 ===== ***

Nº de registro: 1313

Título
PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, ABAD GRACIA CRISTINA, TELMO HUESO SIRA, GUIU CAMPOS MIGUEL, VAQUE BIELSA MARIA PILAR, SENDER ALEGRE LAURA, LAHOZ MACIPE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1313

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE COORDINACION AL PACIENTE FUMADOR EN EL SECTOR ALCAÑIZ ENTRE LOS SERVICIOS DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe una Unidad de Deshabituación Tabáquica acreditada en el Hospital de Alcañiz desde hace dos años que esta en funcionamiento y con un buen rendimiento, pero seguimos con un infradiagnóstico y necesidad de tratamiento en una enfermedad tan prevalente como es el tabaquismo.

RESULTADOS ESPERADOS

Ya se derivan y atienden a estos pacientes desde atención primaria a la unidad de atención especializada pero pensamos que debemos realizar un circuito y una reestructuración del sistema derivativo para ofrecer una mejor calidad asistencial a estos pacientes. Reforzando también la atención que se puede realizar en atención primaria a estos pacientes manteniéndose así una buena comunicación entre los 2 puntos de atención.

MÉTODO

Realizar un protocolo de atención en atención primaria al paciente fumador, mejorando su identificación y tratamiento en una intervención breve. Realizar un protocolo de derivación para los pacientes más complejos desde atención primaria a la unidad de especializada.

INDICADORES

Grado de utilización del protocolo en primaria.
Aumento de las derivaciones de primaria a especializada
Encuesta de satisfacción a profesionales de primaria tras dar a conocer el protocolo

DURACIÓN

Puesta en marcha del grupo de trabajo mayo 2017
Realización de los protocolos mayo 2017-noviembre2017
Comunicación del protocolo a atención primaria y hospitalaria noviembre 2017-enero 2018
Encuestas de satisfacción mayo 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0117

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA AGUD CARDONA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN
FANDOS LORENTE SERGIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de proceso enfermero en broncoscopias.
Desarrollo de la hoja de registro de enfermería en broncoscopias.
Dar a conocer a todo el servicio.
Implantación en el servicio.
Complimentación de la hoja de registro en todos los pacientes a los que se le realiza una broncoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proceso de enfermero en broncoscopias y la hoja de registro han sido creadas y existen en el servicio, con lo que se ha mejorado el registro de la actuación de enfermería en este servicio.
La implantación se realizó en febrero y toda la enfermería usa la hoja de registro, consiguiendo que todos registremos lo mismo.
Se midió en nº de pacientes a los que se les había realizado una broncoscopia y a los que en su historia existía la hoja de registro, y de una muestra de 16 pacientes, en las 16 historia existía la hoja de registro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido tener un proceso enfermero en broncoscopias y que todos los enfermeros actuemos de una misma manera y a su vez tener un registro común en el 100 % de los historias de los pacientes a los que se les ha realizado una broncoscopia.

7. OBSERVACIONES.
El documento del proceso y los resultados de la medición de la hoja de registro, no me ha sido posible adjuntarlos a esta memoria. Los tenemos en nuestro servicio y también los tienen los responsables de calidad de nuestro sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/117 ===== ***

Nº de registro: 0117

Título
HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
AGUD CARDONA MONICA, ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN, FANDOS LORENTE SERGIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente con broncoscopia
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la actualidad en el servicio de broncoscopias del Hospital de Alcañiz, el personal de enfermería realizaba todas sus tareas (entrevista a la llegada del paciente, preparación del paciente, apoyo al neumólogo en el desarrollo de la broncoscopia y comprobación de la recuperación del paciente tras la prueba) sin ningún registro de lo que se había realizado.
Con este proyecto se pretende desarrollar una hoja de registro de enfermería en el servicio de broncoscopias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0117

1. TÍTULO

HOJA DE REGISTRO DE ENFERMERIA EN BRONCOSCOPIAS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

para que todas las tareas realizadas por este personal queden registradas en las historias del paciente junto al informe de los neumólogos.

RESULTADOS ESPERADOS

El personal de enfermería del servicio de broncoscopias del hospital de Alcañiz desarrollaran una hoja de registro de sus actividades en este servicio.

Enfermería del servicio de broncoscopias rellenara la hoja de registro con cada paciente atendido en este servicio.

Cada paciente al que se le realice una broncoscopia en el hospital de Alcañiz, tendrá en su historia de neumología una hoja de registro de enfermería con todo lo realizado en dicho servicio por el personal de enfermería.

MÉTODO

- Realización de la hoja.
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias.
- Implantarla en el servicio.
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncoscpias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas

INDICADORES

- Existencia a final de año de la hoja de registro de enfermería en broncoscopias.
- Numero de paciente atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018 en los que existe en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas / numero de pacientes atendidos en el servicio de broncoscopias en tre marzo y diciembre del 2018.

DURACIÓN

- Realización de la hoja: febrero 2018
- Darla a conocer al servicio de broncoscopias: febrero 2018
- Implantarla en el servicio: marzo 2018
- La mayoría de los pacientes atendidos en broncoscpias tendrán en su historia clínica la hoja de registro de enfermería de broncoscopioas: a partir de abril de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0118

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA ALQUEZAR FERNANDEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FANDOS LORENTE SERGIO
AGUD CARDONA MONICA
MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
hemos colgado poster sobre la importancia de cuidar la salud respiratoria en los alrededores de las consultas de neumología y en los pasillos del hospital de la planta baja y del hall. Se ha realizado adiestramiento en la parte de los pacientes que han venido a realizarse espirometría sobre tu tratamiento con inhaladores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
hemos colocado más de 4 posters ya que hemos visto que era necesario para llegar a todo el mundo más información. Se han realizado 1792 espirometrías en lo que llevamos de periodo de actuación del proyecto realizando educación sobre el 75% de estos pacientes, ya que un 25% no tenían tratamiento broncodilatador pautado ya que venían por otro tipo de patologías que precisaban realización de espirometría. es decir sobre 1344 pacientes se ha realizado intervención educativa sanitaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es importante seguir haciendo incapié en la intervención educativa de estos pacientes ya que un gran porcentaje de los mismos el tratamiento inhalado se realizaba con errores críticos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/118 ===== ***

Nº de registro: 0118

Título
EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

Autores:
ALQUEZAR FERNANDEZ MARTA, FANDOS LORENTE SERGIO, AGUD CARDONA MONICA, MUNIESA CIERCOLES MARIA DEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: EDUCACIONAL DE LA POBLACION

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes ven la espirometría como una prueba complicada y no saben muy bien el significado de la misma. Al requerir de su implicación en la realización y no ser sencilla, suelen tener una actitud reticente ante la misma. Además obvia la importancia de la misma y los cuidados que hay que tener antes de realizarla, además de sus contraindicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Hacer al paciente más participe de su proceso de enfermedad, empoderarle ofreciéndole la información que necesita, tanto del tipo de prueba que se le realiza, como del porqué, y precauciones que requiere. Además aprovecharemos la prueba broncodilatadora como un momento de educación sanitaria para corroborar que el paciente realiza correctamente sus inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0118

1. TÍTULO

EDUCACION EN EL PACIENTE RESPIRATORIO: ESPIROMETRIA E IMPORTANCIA DE LA TECNICA INHALATORIA

MÉTODO

Realizar un display informativo sobre la espirometría y ponerlo en los alrededores de las consultas de Neumología del Hospital que es donde se solicitan y realizan estas pruebas. También colocaremos en el Hall del Hospital a modo informativo para los pacientes visitantes.

Realizaremos educación sanitaria en todos los pacientes a los que realicemos espirometrías para consolidar su técnica inhalatoria, ya que según los últimos estudios alrededor de un 70% de los pacientes realizan mal la técnica de los inhaladores.

INDICADORES

Colocación de los 4 display en el Hospital.

Número de pacientes que reciben educación sanitaria sobre la técnica de inhalación/número de pacientes a los que se le realiza espirometría

DURACIÓN

15 de Abril comenzaremos la realización del display, lo valoraremos en mayo y lo imprimiremos y plastificaremos. Junio de 2018 colgarlo en todos los lugares.

Desde la aceptación del proyecto comenzaremos a identificar a todos los pacientes a los que se les realiza educación sobre la técnica de inhalación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE TAMARA MUÑOZ BERNAD
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
PEREZ ANGOSTO ESTHER
MUÑOZ FARJAS ELENA
GRACIA PAOLA
LACARTA GARCIA PEDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) es muy prevalente en enfermedades neurológicas. La detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada individuo y evitar complicaciones. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición..., motivos por los que se creyó indicado contar con estos Servicios para la realización de este proyecto.

ACTIVIDADES

Entre los meses de enero a marzo se diseñaron las hojas de recogida de datos, la base de datos y el material didáctico para los pacientes y familiares. Se inició el funcionamiento en marzo del 2017 asumiendo los pacientes procedentes de la consulta externa de Neurología. En Mayo '17 se creó una consulta de enfermería específica de Disfagia, 1 vez a la semana, con capacidad para valorar a 2 primeras y 1 ó 2 revisiones, con la prestación E21DIS y se procedió a citar a los pacientes desde el Servicio de citaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS

Se han valorado 52 pacientes, con edad media de 71.9 años (rango 47-89), sin diferencia en la distribución por sexos (50%). No se ha recogido el porcentaje de pacientes a los que se realizó seguimiento. Se realizó el MECVV en 50 casos. En los 2 casos restantes no se realizó en uno por Glasgow inferior a 9 y en otro por micosis orofaríngea severa.

El 88.5% (46) de los casos fueron remitidos por el S de neurología, 3 casos los remitió Endocrino, 2 casos Digestivo, 1 caso Medicina Interna.

La causa etiológica más frecuente eran las enfermedades neurodegenerativas (44.2%). No hemos especificado en la base de datos ni en las hojas de recogida de datos el tipo de enfermedad neurodegenerativa, información que pensamos ahora que sería relevante conocer. Creemos que puede ser interesante en un futuro reflejar la patología causal. Llama la atención que solo en 6 casos se sospechase disfagia como secuela tardía de un ictus isquémico, probablemente porque la implantación del test de disfagia en hospitalización ha permitido detectar precozmente este problema en los pacientes y subsanarlo, pero por otro lado estos casos deberían ser seguidos en la consulta ambulatoria para valorar si se deben mantener las medidas sugeridas en hospitalización o bien hay que cambiar las recomendaciones.

El test de disfagia fue negativo en el 50% de los casos, en un 5.7% no es valorable. Partiendo del total de test alterados podemos decir que el 56.5% tenían disfagia orofaríngea, en el resto se detectó alteración de la eficacia, lo que sugiere que tenían disfagia mecánica o psicógena.

A todos se les han ofrecido recomendaciones, que podían ser cambios posturales, cambios en el tipo de dieta, en los volúmenes a ingerir, vaso de disfagia, y otras recomendaciones generales. Sólo en 3 casos se hizo una única recomendación, precisando el resto de pacientes un abordaje terapéutico más amplio.

Se recogieron 24 encuestas de opinión, de estas en 17 casos estaban muy satisfechos y en 6 satisfechos (95.8% muy satisfecho/satisfecho), ningún caso reflejo insatisfacción. 1 de las encuestas no fue valorable porque no constaba el grado de satisfacción. Queremos destacar que no se pudieron cumplimentar más encuestas porque no se disponía de las mismas (desde la Unidad de calidad se nos comentó que querían modificarlas y no estaban disponibles los impresos).

Se ha editado un folleto de disfagia para pacientes y se solicitó ISBN 978-84-697-2753-9.

Además se ofrece un servicio de apoyo a hospitalización para la realización del MECV-V, en caso de que el personal de enfermería de planta no pueda realizarlo por sobrecarga de trabajo o bien por desconocimiento técnico de la prueba.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El estudio de la deglución en pacientes que presentan síntomas sugestivos de disfagia, o desnutrición permite detectar precozmente el problema y ofrece la posibilidad de dar consejos y educación para evitar complicaciones más graves.

Nos llama la atención que el porcentaje de pacientes con disfagia orofaríngea detectados está por debajo de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

la media descrita en la literatura. Este dato nos anima a seguir recogiendo en la base de datos los resultados obtenidos para confirmar si realmente no es tan prevalente como está descrito. Sería interesante también recoger todos los casos que requirieran seguimiento tras la primera valoración. Ofrecemos la continuidad en el seguimiento clínico, pero no lo tenemos bien recogido.

LECCIONES APRENDIDAS

- El estudio y la valoración de la deglución de forma sistematizada en pacientes ambulatorios es tan importante como en los hospitalizados.
- La elaboración de protocolos de actuación comunes para las especialidades a las que se les remiten pacientes con clínica atribuible a disfagia evita el retraso diagnóstico y el peregrinar del paciente por múltiples especialistas.
- El tratamiento no farmacológico de la disfagia orofaríngea no suele basarse en una única recomendación.

ACTIVIDADES QUE DEBEMOS PLANTEARNOS AHORA

- Crear un circuito de derivación de los pacientes hospitalizados a los que se les detecta disfagia durante la hospitalización para que continúen su valoración ambulatoria en la consulta de disfagia.
- Completar la base de datos actual con los diagnósticos y los seguimientos de los pacientes atendidos en la consulta de disfagia.
- Hacer una difusión de esta herramienta diagnóstico/terapéutica en los otros servicios que pueden beneficiarse de la misma (Medicina Interna, Digestivo, Endocrinología, Otorrinolaringología, UCA...), por ejemplo con Sesiones clínicas.
- Implicar al Servicio de Rehabilitación para trabajar con logopedia y valorar su disponibilidad para hacer videofluoroscopia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/699 ===== ***

Nº de registro: 0699

Título
DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

Autores:
PEREZ ANGOSTO ESTHER, MUÑOZ FARJAS ELENA, GRACIA GIMENO PAULA, HEREDIA FERRER LOURDES, LACARTA GARCIA PEDRO, CASASNOVAS SEVILLANO RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La disfagia orofaríngea (80% del total de las disfagias) en muy prevalente en enfermedades neurológicas. Hasta el 60% de los pacientes con ictus la presentan en fase crónica, estas cifras se elevan al 100 de los casos de Esclerosis lateral amiotrófica o del 84% en la Enfermedad de Alzheimer. En estos pacientes se identifican síntomas y signos de disfagia orofaríngeas en todos los estadios del proceso clínico. La dificultad de deglución puede provocar aspiración y reducción de la ingesta oral, y secundariamente complicaciones de salud serias: neumonía, desnutrición y deshidratación. La detección precoz de la disfagia permitiría adaptar las dietas y la ingesta de líquidos a la situación de cada paciente y evitar las complicaciones señaladas. Los pacientes no siempre se detectan en la consulta de Neurología, sino que en ocasiones son remitidos al Servicio de Digestivo sospechando una disfagia esofágica o al Servicio de Endocrino por pérdida ponderal de peso, desnutrición...

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección precoz de la disfagia en pacientes neurológicos ambulatorios
- Selección de las estrategias terapéuticas más adecuadas para conseguir una deglución eficaz y segura
- Adaptación de las dietas orales o enterales, e implementación de técnicas compensatorias

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0699

1. TÍTULO

DETECCION DISFAGIA EN PACIENTES AMBULATORIOS NEUROLOGICOS

MÉTODO

- Constitución de equipo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento operativo de detección de la disfagia en pacientes seguidos en la consulta externa de Neurología con registro específico.
- Información al paciente y a la familia sobre la disfagia y las técnicas compensatorias para evitarla

INDICADORES

- % de pacientes ambulatorios remitidos a los que se les aplica el procedimiento de detección de disfagia
- % de pacientes que presentan disfagia orofaríngea remitidos.
- % de pacientes a los que se les introducen estrategias específicas para conseguir deglución segura y eficaz
- Grado de satisfacción de los usuarios por la información recibida

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Diciembre 2016-Febrero 2017
- Implementación en la práctica habitual: Marzo 2017-Octubre 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 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 - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ELENA MUÑOZ FARJAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BALLESTER MARCO LAURA
CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA
TENA EJARQUE MARIA DOLORES
VIDAL ABOS ANA MARIA
ADELL PELLICER SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El área de Ictus es un área de hospitalización en una habitación bien definida dentro del hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y de personal de enfermería, según unos protocolos establecidos. Su implantación está contemplada dentro de las líneas estratégicas del SALUD. En el hospital de Alcañiz se inició el Proceso ictus en 2015 con la elaboración de los protocolos de Código Ictus y los Subprocesos de atención al Ictus no fibrinolizable y del AIT. La creación y puesta en marcha del Area de ictus en nuestro centro formaba parte del desarrollo del Proceso ictus. Una de las principales justificaciones para su puesta en marcha era la elevada mortalidad de nuestro centro, de las más elevadas en la comunidad autónoma.

Se plantean como objetivos:

- Creación de un área de ictus,
- Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz,
- Reducir la estancia media de los pacientes con ictus,
- Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas.

ACTIVIDADES REALIZADAS

Entre octubre y noviembre de 2016 se constituye el equipo de trabajo, formado principalmente por Elena Muñoz Farjas y JM Turon Alcaine y contando como colaboradores a Sergio Fandos, Paola Gracia, Javier Escota, Dolores Tena Ejarque, María Victoria Corriol Pallás.

En Noviembre´16 se elaboró el subproceso del área de ictus, y los documentos asociados con ayuda de los colaboradores citados. Los revisores externos fueron María Bestué Cardiel, Javier Marta Moreno, Cristina Pérez Lázaro y JA Oliván Usieto. A finales de Noviembre tras la aprobación por Dirección Médica y de Enfermería se colgaron los documentos en la Intranet del hospital. A lo largo de 2017 se han introducido algunas modificaciones en algunos de los documentos (versiones A,B).

En febrero de 2017 se presentó en sesión clínica hospitalaria el protocolo correspondiente al Subproceso del área de Ictus. Esta sesión se ha repetido en enero´18 para informar al personal médico (gran parte había cambiado a lo largo del año)

En marzo de 2017 se realizó una sesión de formación acreditada para enfermería con masiva afluencia. En noviembre y diciembre se han realizado sendos talleres de formación previos a la puesta en funcionamiento.

La puesta en funcionamiento precisaba una estructura mínima que incluía ampliación de personal médico y de enfermería, adecuación de la central de telemetría a las nuevas necesidades planteadas, adecuación de la habitación destinada al área. En relación a la ampliación del personal en febrero se amplió la plantilla de neurólogos pasando de 2 a 3, y en diciembre se contrataron 3 enfermeras adscritas al área de ictus para cubrir tardes y fines de semana.

Con respecto a las necesidades de material: está aprobada la compra de una nueva central de telemetría (pendiente de instalar), la habitación dispone de una cortina más tupida de lo habitual para salvaguardar la intimidad de los pacientes, y se dispone de las almohadas necesarias para hacer los cambios posturales. Estaría pendiente de cambiar los sillones de los pacientes, que los aportaran servicios centrales.

Tras la contratación del personal de enfermería no quedaba ningún escollo importante para la puesta en marcha del área, que entró en funcionamiento a mediados de diciembre de 2017.

En enero´18 se han incluido en el Farmatools los protocolos de ictus para prescripción segura y eficaz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS

6 pacientes se han beneficiado de ingreso en área de ictus, 4 mujeres y 2 varones con una edad media de 87.3 años (rango 85-92). 1 de ellos procedía de la Unidad de Ictus del HUMS, traslado 24 horas tras fibrinólisis endovenosa, y el resto eran ictus no fibrinolizables, 3 candidatos a ingreso en Area de ictus, y 2 a los que se les podría haber asignado una cama de hospitalización convencional (1 ictus subagudo, un ictus muy grave). En 2 casos se confirmó salida de vía, en uno por prolongación de la estancia debido a la inestabilidad del paciente, y en otro por causas de la institución (no se disponía de camas de hospitalización convencional). La estancia media en el área fue de 3.6 días.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El NIHSS medio=14.2 en el momento del ingreso que pasó a 10 al alta. Rankin medio previo al ingreso era 2 y al alta era de 4. 4 casos eran TACIs (Ictus isquémico Art cerebral media completa). 1 un ictus hemorrágico y el último un AIT.
La tasa de mortalidad fue 0%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo principal de este proyecto era lograr la implantación de un Área de Ictus en el Hospital de Alcañiz, ya que éramos el único hospital de la red del Salud que carecía de ella, por lo cual este objetivo está cumplido. No ha sido fácil lograr la estructura adecuada para poder implantarlo, ni conseguir consenso entre los diferentes profesionales sanitarios, sin embargo hemos de decir que la dirección del centro tanto médica como de enfermería lo ha apoyado en todo momento. Se han formulado verbalmente problemas en la aplicabilidad práctica de la Instrucción técnica de la hiperglucemia y de la hipoxemia. Se ha transmitido esta información a los médicos especialistas pertinentes para que lo revisen. Se ha defendido su viabilidad a lo largo de todo el año, y la necesidad de ponerla en funcionamiento justificada por la elevada mortalidad del ictus en nuestro centro. Se planteó hacer una sesión informativa al personal de urgencias para explicar los criterios de ingreso y que pacientes eran candidatos a ingresar en área de ictus, pero por las peculiaridades de este año (OPE en marca) no se llevó a cabo. Probablemente por este motivo, los pacientes que han "estrenado" el área no sean los que más se hubiesen beneficiado de la misma, un tercio de los mismos no cumplían criterios. Los resultados los veremos en este año 2018 y venideros.

LECCIONES APRENDIDAS:

- El trabajo multidisciplinar en procesos médicos en los que intervienen varios profesionales aporta calidad y eficiencia en la atención al enfermo, y enriquece al profesional que los elabora.
 - La pronta disponibilidad del documento ha permitido detectar las necesidades estructurales para poder implementarlo, siendo el resultado una implantación con los medios adecuados para hacer la atención segura y eficaz a los pacientes con ictus.
 - A pesar de contar con colaboradores y de ser aprobado el subproceso por dirección, la implantación no ha sido fácil porque algunos profesionales sanitarios manifestaron su desacuerdo en algunos aspectos. Ello se resolvió con sesiones de formación clínica informativas.
- #### ACTIVIDADES QUE DEBEMOS PLANTEARNOS
- Actividades de formación continuada: Talleres específicos para TCAEs y celadores. Nueva formación de enfermería a finales del año.
 - Base de datos de área y recogida de datos por parte de los profesionales implicados
 - Implicar más activamente al equipo ictus del Hospital en la dinámica del Proceso ictus en general y del subproceso del área de ictus en particular.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/944 ===== ***

Nº de registro: 0944

Título
IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, BALLESTER MARCO LAURA, CORRIOL PALLAS MARIA VICTORIA, TENA EJARQUE MARIA DOLORES, ANDRES PALLARES MARIA JOSE, CURA BELMONTE NOELIA, ADELL PELLICER SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0944

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN AREA DE ICTUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

El Área de Ictus es un área de hospitalización específica situada en un área geográfica bien definida dentro del servicio de Neurología de un hospital, atendida por un equipo multidisciplinar de médicos y personal de enfermería con formación y experiencia en el manejo del Ictus agudo y sus complicaciones. Dentro de la estrategia de ictus del Servicio Aragonés de Salud, se incluye el desarrollo de áreas de ictus en los hospitales comarcales. El objetivo de estas es disminuir la morbimortalidad de los pacientes con ictus. Su indicación de ingreso son pacientes con ictus isquémico o hemorrágico de menos de 24 horas de evolución, sin límite de edad, independientemente del grado de afectación clínica.

Actualmente el hospital de Alcañiz no dispone de Area de ictus

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un área de ictus
- Disminuir la mortalidad por ictus en el hospital de Alcañiz
- Reducir la estancia media de los pacientes con ictus en el hospital
- Inicio de la rehabilitación antes de 48 horas

MÉTODO

- Elaboración de un subproceso de área de ictus en forma de vía clínica de 72 horas de duración con establecimiento de salidas de vía y coordinación con el subproceso de rehabilitación del hospital
- Formación a los profesionales del área de ictus
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Tasa de mortalidad por ictus
- Estancia media de pacientes con ictus en el hospital
- Estancia media en área de ictus
- Análisis de salidas de vía
- % pacientes que comienzan rehabilitación antes de 48 horas

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Octubre-Noviembre 2016
- Elaboración de procedimiento operativo: Octubre 2016-Diciembre 2016
- Implementación en la práctica habitual: Enero 2017-Mayo 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: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACIÓN CLÍNICA AIT

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA BALLESTER MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
MUÑOZ FARJAS ELENA
BELTRAN MARIN IRENE
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE
FOZ PELLICER SILVIA
SANCHEZ PISA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año se han realizado sesiones formativas de la patología cerebrovascular en las que se incluye el AIT, con difusión del procedimiento de AIT, dirigidas a enfermería y facultativos especialistas, quedando pendiente continuar con las mismas haciendo un mayor hincapié en la formación dirigida a los servicios de urgencias.

Se ha concluido la realización de la base de datos de toda la patología neurovascular (tanto de AIT como de Ictus y de Hemorragias) y se ha iniciado el uso de las mismas.

Se ha llevado a cabo la realización de la consulta por parte de Neurología a todo paciente con diagnóstico por parte de urgencias de AIT, en menos de 24 horas, que incluya como mínimo la realización de estudio doppler de troncos supraaórticos y supervisión de tratamiento preventivo.

Se ha indicado un periodo de observación desde estos servicios de urgencias a los pacientes no candidatos a ingreso, por un periodo de tiempo no inferior a las 24 horas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han valorado un total de 10 pacientes atendidos en urgencias entre los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019, con una media de edad de 74.7 años, de los diez pacientes valorados desde urgencias el 100% fueron valorados posteriormente por Neurología, y solo el 10% en un periodo superior a las 24 horas desde la clínica de inicio.

La escala de estratificación del riesgo (ABCD2), ampliamente utilizado entre los servicios de urgencias y de Neurología, se utilizó en 70% casos y motivó el ingreso del 50% del total, considerándose el mismo adecuado por encima de 4-5 puntos que se traduce en un riesgo de recurrencia de AIT/ICTUS superior a 4.1% en 48 horas. Tan solo se obvió la indicación de ingreso en un paciente con diagnóstico de AIT de repetición previamente estudiado y en tratamiento, que cumplía criterios según dicha escala.

Cabe destacar la existencia de un 10% de la muestra con diagnóstico erróneo, al tratarse una migraña con aura, la cual también se benefició del estudio y tratamiento.

INDICADORES/ VALOR DE INDICADORES:

% de altas directas de AIT sin 24 horas de observación: 30% (Estandar<10%)

% de pacientes con sospecha de AIT en los que se ha pasado la escala de ABCD2: 70% (Estandar>90%)

% pacientes en los que ha repetido ICTUS/AIT tras AIT: 20% (10% en primeros 7 días y 10% en primer año con éxitus tras complicaciones del mismo)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha retrasado en su implantación debido a que la responsable del proyecto se trasladó a otro hospital durante 2018.

Tras valorar los índices obtenidos, llegamos a la conclusión de queda mucho terreno por hacer ya que no se llega a cumplir el estándar deseado. Sin embargo, si comparamos estos datos con los del año anterior en el mismo periodo de tiempo, observamos que hay una mayor concienciación por parte de los profesionales implicados, pasando de un 10% de pacientes con ABCD2 a un 70% en la fecha actual y un 70% de paciente con periodo inferior de observación de 24 horas a un 30% en la actualidad. Del mismo modo el porcentaje de pacientes en los que ha repetido la patología neurovascular ha disminuido respecto al año anterior, pasando de un 30% a un 20%.

Queda pendiente para un futuro:

- Seguir haciendo hincapié en estos conceptos, así como la realización de más sesiones formativas, sobre todo con los servicios de urgencias, pero también con el resto de personal sanitario.
- Consolidar la "consulta rápida de AIT", siguiendo en la misma línea, y siendo los pacientes valorados por nuestro servicio la totalidad de los mismos.
- Supervisar los protocolos de tratamiento y actuación realizados hasta el momento

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

*** ===== Resumen del proyecto 2018/402 ===== ***

Nº de registro: 0402

Título
ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SARRION MOCHALES MONTSERRAT, SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE, RIOS GARCIA ISABEL, REGALES POZA NATALIA, FOZ PELLICER SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un "Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM. En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler transcraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

RESULTADOS ESPERADOS
- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

MÉTODO
- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES
- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Área de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

DURACIÓN
- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018
- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA BALLESTER MARCO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
SARRION MOCHALES MONTSERRAT
SANCHEZ PISA ENCARNA
FOZ PELLICER SILVIA
SANMARTIN ANDREU MARIA JOSE
SODRIC TELLO MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2019 se han realizado actividades reiteradas de comunicación con el servicio de urgencias, dentro de la cual ha seguido recibiendo un papel fundamental el correcto manejo del AIT. Se ha hecho hincapié en el uso de las escalas estandarizadas tanto en la historia clínica electrónica como en el PCH, todo con el objetivo de minimizar la tasa de repetición de eventos vasculares y facilitar por tanto una asistencia de mayor calidad al paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha valorado mismo periodo de tiempo que en el año anterior, meses de diciembre y enero de los años 2019 y 2020 respectivamente para poder comparar con los datos recogidos en el año previo y el anterior, habiéndose valorado en total un grupo con diagnóstico de AIT en nuestro servicio de urgencias de 12 pacientes. Destaca que, de los 12 pacientes descritos, 3 de ellos no fueron verdaderos ICTUS y de estos, uno solicito la alta voluntaria por lo que el registro real se ha realizado en base a 9 paciente con una media de edad de 74,6 años. El 100% de los mismos, fueron valorados por Neurología previamente al alta en un periodo no superior a 24 horas, y la valoración incluyó la exploración, TAC cerebral, realización de doppler de troncos supraaórticos (y en caso necesario doppler transcraneal) y el tratamiento de prevención de secundaria al alta. Por otro lado, se produce un aumento del uso de la escala ABCD2, realizándose bien por parte del servicio de urgencias o NRL hasta en el 90 % de los pacientes, y motivando el ingreso por registro de riesgo de recurrencia moderado o alto en el 50% del paciente, teniendo en cuenta que el otro 50% dado el estado basal del paciente y escala de discapacidad, no se consideró necesario al valorar el riesgo beneficio. Aunque no estaba en nuestros objetivos hemos medido otros indicadores:
% de altas directas sin observación de 24 horas: 40% (estándar 0%)
%de pacientes con sospecha de AIT a los que se ha pasado la escala de ABCD2: 90%
% pacientes en los que ha repetido ICTUS / AIT tras AIT: 0% en primeras 48 horas, 7 días, y a los 3 meses, siendo del 11.1% a lo largo del primer año tras el evento (año 2018 fue de un 20%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A día de hoy, el AIT sigue siendo una patología importante por el riesgo de recurrencia que acarrea. Destacar que se cumple el objetivo de nuestro proyecto, evidenciándose la realización de las pruebas complementarias indicadas en el protocolo en el 100% de los pacientes. Se ha mejorado sensiblemente la implementación de la escala ABCD2 que ha pasado de una cumplimentación de un 10 % en 2017/2018 al 90% de los pacientes en 2019/2020. También hemos conseguido una reducción de la tasa de recurrencia de ictus con una mejora de un 9% en un año. Sin embargo, queda amplio espacio para la mejora en la observación mínimo recomendado de 24 horas de todos los pacientes (solo 60% fueron observados en este período) que vamos a proponer como proyecto de mejora al servicio de Urgencias para el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/402 ===== ***

Nº de registro: 0402

Título
ATENCION NEUROLOGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO: CREACION CLINICA AIT

Autores:
MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SARRION MOCHALES MONTSERRAT, SAN MARTIN ANDRES MARIA JOSE, RIOS GARCIA ISABEL, REGALES POZA NATALIA, FOZ PELLICER SILVIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO. CREACION CLINICA AIT

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Accidente isquémico transitorio (AIT) es un "Episodio breve de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral o retiniana, cuyos síntomas típicamente duran < 1 hora, sin necrosis del tejido cerebral. Si hay un déficit neurológico aislado pero las pruebas de imagen se aprecia una imagen isquémica el diagnóstico no será AIT. El 23% de los ictus están precedidos por AITs en la semana previa. Pero el AIT no es solo un «marcador» de patología cerebrovascular, sino que incrementa el riesgo de sufrir cualquier episodio vascular grave como la cardiopatía isquémica. Se ha evidenciado que es mayor el riesgo de eventos vasculares tras un AIT si se demuestra enfermedad significativa de gran vaso o la aparición de lesión en la secuencia de difusión en el estudio de RM. En el Proceso ictus del hospital de Alcañiz con fecha de noviembre de 2016 se define el protocolo de actuación del paciente que acude a Urgencias con sospecha de AIT. El protocolo se está siguiendo, pero la incorporación a la cartera de servicios del Doppler transcraneal y la puesta en marcha del Área de ictus son elementos que contribuirán a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes con AIT.

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualizar el Proceso de Atención al AIT.
- Realizar un diagnóstico precoz del AIT, diferenciándolo de otros procesos que podrían simularlo.
- Realizar el mismo día la consulta, las pruebas complementarias indicadas por parte de Neurología, establecer el riesgo vascular, iniciar la prevención secundaria y completar un informe de asistencia en Historia clínica electrónica.

MÉTODO

- Elaboración de un nuevo Procedimiento de Atención al AIT. Creación de base de datos de AIT.
- Sesiones de formación para Urgencias, Neurología, Medicina Interna, Enfermería área de ictus y Atención Primaria.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Determinar el porcentaje de pacientes que ante la sospecha de AIT en urgencias realmente tienen esta patología
- Tasa de ingreso por AIT (nº AIT ingresados/nº AITs urgencias)
- Estancia media de pacientes con AIT en Area de Ictus/Hospitalización convencional
- Porcentaje de pacientes que presentan un ictus tras AIT en las primeras 48 horas, 1 semana, 4 semanas, 3 meses y un año.
- Porcentaje de pacientes en los que se precisa realizar RMN craneal con difusión, y estudio cardiológico.

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Mayo-Junio 2018
- Reuniones del equipo de trabajo y Elaboración de procedimiento operativo: Junio 2018
- Implementación en la práctica habitual: Julio-Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0402

1. TÍTULO

ATENCIÓN NEUROLÓGICA URGENTE EN EL ACCIDENTE ISQUÉMICO TRANSITORIO. CREACIÓN CLÍNICA AIT

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MONTSERRAT SARRION MOCHALES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FOZ PELLICER SILVIA
SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE
BALLESTER MARCO LAURA
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
MUÑOZ FARJAS ELENA
BELTRAN MARIN IRENE
SANCHEZ PISA ENCARNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el grupo de trabajo y se establecieron como criterios de derivación a la consulta los pacientes que en el test de disfagia hubieran dado positivo durante el ingreso en el área de ictus y no cumplen criterios de exclusión (salir con sonda nasogástrica o gastrostomía). El neurólogo cita al paciente en la consulta de disfagia en el momento del alta y lo hace constar en el informe de alta del paciente.
Se ha elaborado un procedimiento de la consulta de disfagia junto con un registro específico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a los cambios en los profesionales del servicio de neurología durante 2018, el inicio del circuito se produjo en Diciembre de 2018. Desde entonces sobre 9 pacientes que cumplirían criterios de derivación se han recibido 4 (44%). De ellos uno ha dado positivo en el test y se aplicó el protocolo. Ninguno de los atendidos ha requerido nutrición enteral. En un caso se produjo neumonía por aspiración (11%). No hubo casos de fiebre de origen desconocido y no se ha podido objetivar pérdida ponderal en ningún caso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cambio de profesionales ha ralentizado la implantación de nuestro procedimiento, por lo que vamos a continuar con el proyecto el año próximo. Se han perdido fundamentalmente los pacientes derivados a San Juan de Dios, por lo que vamos a plantear una estrategia específica para estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Autores:
SARRION MOCHALES MONTSERRAT, FOZ PELLICER SILVIA, SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE, MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SANCHEZ PISA ENCARNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.

Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

MÉTODO

- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Los resultados que se esperan obtener son:

- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT SARRION MOCHALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FOZ PELLICER SILVIA
SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE
BALLESTER MARCO LAURA
OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
SANCHEZ PISA ENCARNNA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó un equipo de trabajo y se elaboró un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se había detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda. Los pacientes en consulta son pesados, medidos y se realiza la encuesta EAT-10 para evaluación subjetiva de la disfagia. Se realiza también una exploración física y el test de deglución (MECV-V). Posteriormente, según resultados se realiza educación terapéutica en función de las necesidades detectadas. En aquellos pacientes en los que el test de deglución ha vuelto a salir positivo, se realiza un seguimiento en la consulta, dándose de alta los que den un resultado negativo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se produjeron 21 casos con test de disfagia positivo en hospitalización, de los que se derivaron a la consulta 12 pacientes, ya que 2 no fueron derivados y 7 se trasladaron a otro sector/comunidad. De los 12 pacientes, uno falleció antes de acudir y dos no acudieron por voluntad propia. De los 9 que asistieron, 4 presentaron test de deglución positivo, a los demás se les dió el alta, tras recibir educación terapéutica básica. En los que presentaron test positivo se realizaron intervenciones específicas.
Ninguno de los pacientes ha requerido nutrición enteral, ya sea por sonda o por PEG.
Ninguno de los pacientes en seguimiento ha presentado neumonía o fiebre.
No ha sido posible realizar valoración ponderal, ya que no se pesa al paciente durante la hospitalización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Aunque han sido pocos los casos que han presentado test de deglución positivo, en los pacientes que hemos atendido no se han producido complicaciones ni han requerido nutrición enteral.
Sería conveniente que se pesara a los pacientes en hospitalización para poder valorar la reducción ponderal. También sería conveniente que en estos pacientes se monitorizara el peso al alta en atención primaria, algo que tendremos que señalar en los informes de continuidad de cuidados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/406 ===== ***

Nº de registro: 0406

Título
SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCION DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACION

Autores:
SARRION MOCHALES MONTSERRAT, FOZ PELLICER SILVIA, SANMARTIN ANDRES MARIA JOSE, MUÑOZ FARJAS ELENA, BALLESTER MARCO LAURA, OLIVAN USIETO JOSE ANTONIO, SANCHEZ PISA ENCARNNA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0406

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTINUIDAD DE ATENCIÓN DE LA DISFAGIA DE LOS PACIENTES CON ICTUS TRAS LA HOSPITALIZACIÓN

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los protocolos de cribado de disfagia se han recomendado ampliamente para identificar pacientes con riesgo de aspiración. La AHA conviene que hay suficiente evidencia que apoya la eficiencia de realizar protocolos de cribado de disfagia para reducir el riesgo de neumonía, muerte o dependencia tras ictus. Se ha presentado el protocolo de seguimiento de disfagia en pacientes ambulatorios neurológicos en el Hospital de Alcañiz mostrando un beneficio clínico.

Hemos detectado que los pacientes hospitalizados en los que se objetiva una disfagia no se remiten a la consulta de disfagia para seguimiento evolutivo de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS

- Lograr un seguimiento adecuado de pacientes en los que se detecta disfagia tras un ictus.
- Evitar las complicaciones derivadas de una disfagia no tratada
- Detectar precozmente la necesidad de nutrición por vía enteral.

MÉTODO

- Creación de un equipo de trabajo
- Elaboración de un circuito de derivación de los pacientes con ictus en los que se ha detectado disfagia durante su hospitalización en fase aguda para mantener su continuidad asistencial tras el alta hospitalaria.
- Evaluación de la evolución de la disfagia postictal
- Evaluar el grado satisfacción de los usuarios/familiares.
- Difusión a los servicios relacionados

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento
- Número de visitas por cada paciente hasta el alta
- % pacientes que desarrollan neumonía, pérdida ponderal o fiebre de origen desconocido durante el seguimiento.
- % pacientes que precisarán de nutrición enteral
- Grado Satisfacción de los usuarios/familiares

DURACIÓN

- Constitución de equipo de trabajo: Marzo 2018
- Elaboración de procedimiento operativo: Abril 2018
- Implementación en la práctica habitual: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Los resultados que se esperan obtener son:

- La nutrición de los pacientes con ictus y disfagia debe ser segura y adecuada
- Evitar neumonías por broncoaspiración, fiebres de origen desconocido y pérdida ponderal.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 09/05/2018

2. RESPONSABLE ISABEL LAHOZ PASCUAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VICENTE LOPEZ BEATRIZ
REMACHA SIENES MARIA
MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA
BARRABES SANCHEZ MIRIAM
SANCHO VIVES ESTHER
RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó un equipo de trabajo multidisciplinar, diseñándose un proceso compuesto de cinco subprocesos: Recepción-preparación, Dilatación-analgésia, Período expulsivo, Puerperio inmediato y puerperio tardío. Se recogió el proceder habitual del servicio y se contrastó con las guías de práctica clínica de referencia, actualizándose los puntos más obsoletos. Se diseñaron 3 instrucciones técnicas sobre aspectos concretos, y se recogieron todos los formatos del servicio. Finalmente fue colgado en la red. Se establecieron los indicadores de los aspectos más relevantes (mayor potencial de fallo) en los distintos subprocesos y se designaron los responsables de su recogida. Se informó a los trabajadores de la necesidad de registrar incidencias para mejorar el proceso, y se nombró una responsable de proceso para monitorizar la evolución del mismo en el tiempo y detectar problemas lo antes posible, para proceder a la realización de proyectos en el momento preciso.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Subproceso de recepción y preparación:
 - o % de gestantes correctamente identificadas: 100%
- Subproceso de dilatación analgésia:
 - o % de mujeres que deseaban anestesia epidural y la recibieron: 95,35 % (las que no la recibieron fue por llegar en fase avanzada del parto y una por contraindicación de la anestesia)
- Subproceso Período expulsivo:
 - o INDICADORES DE EPISIOTOMÍA
 - ? Partos vaginales con episiotomía: 34,56%. Estamos muy por debajo de la tasa de episiotomías en España en 2016 (50%).
 - ? Tipos de parto con episiotomía:
 - Instrumental: 80,49%
 - Eutócicos: 28,12%
 - ? Tipos de parto sin episiotomía:
 - Instrumental: 19,51%
 - Eutócicos: 71,79%
 - o INDICADORES DE ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO
 - ? 65,35%: alumbramiento dirigido
 - ? 18,14% son manuales
 - ? 12,79% espontáneos
 - ? 3,72% no consta
- Subproceso puerperio inmediato
- o INDICADORES DEL PUERPERIO PRECOZ
- ? APGAR < 6 a los 5 minutos: 0,23% de los recién nacidos
- ? Seguimiento del protocolo piel con piel:
 - No piel con piel: 9,24%
 - Piel con piel madre: 84,36%
 - Piel con piel padre: 6,4 %
- ? Lactancia materna:
 - 77,44% de partos se inicia precozmente
 - 92,63% de los partos vaginales se inicia precozmente
- o % de RN identificados en planta: 100%. Este era el principal problema de nuestro servicio. Con la adopción de un sistema de identificación madre-hijo parece haberse solucionado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Servicio dispone de instrucciones de trabajo concretas para los trabajadores actuales y para formar a los que vengan en el futuro, evitando interpretaciones sobre las responsabilidades de los distintos trabajadores, y la dilución de las funciones con el tiempo. Cualquier cambio en el proceso de ahora en adelante deberá estar documentado e informado para todo el mundo. Hemos identificado los puntos críticos del proceso y hemos establecido indicadores cuyos resultados creemos que son buenos en el momento actual. Los responsables del proceso seguirán monitorizando en el tiempo estos indicadores para verificar que el tiempo no relaja la calidad de nuestro trabajo, así como también recogiendo incidencias relevantes para corregir sobre la marcha cualquier disfunción en el paritorio del hospital de Alcañiz.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

7. OBSERVACIONES.

Isabel Lahoz elaboró este proyecto en 2016 antes de trasladarse al hospital Clínico en el que trabaja actualmente

*** ===== Resumen del proyecto 2016/131 ===== ***

Nº de registro: 0131

Título
PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
LAHOZ PASCUAL MARIA ISABEL, GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, ANDREU GISBERT MARIA PILAR, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, BALFAGON GOMEZ CARMEN, SANCHO VIVES ESTHER, HURTADO LOPEZ CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
El Hospital de Alcañiz está implementando una estrategia de gestión por procesos. Con vistas a aumentar la seguridad del proceso de atención al parto y reducir la variabilidad en la prestación del servicio, el Servicio de Obstetricia considera necesario establecer, documentar implementar y medir el proceso de atención al parto.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer, documentar, implementar, medir y mejorar el proceso de atención al parto.
Se pretende un modelo cuyos principios rectores sean la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares.

MÉTODO
- Creación de equipo de proceso multidisciplinar.
- Revisión de literatura.
- Establecimiento de lo que se realice y contraste frente a estándares de la literatura, modificando los aspectos que se consideren mejorables.
- Determinación de necesidades estructurales.
- Documentación del proceso: Documento del proceso/subprocesos, procedimientos operativos, instrucciones técnicas y documentación externa.
- Implementación del proceso.
- Medición, análisis y mejora en línea con lo establecido en el manual de calidad del hospital.

INDICADORES
- %de partos con analgesia epidural.
- % de cesáreas.
- Tasa de episiotomías.
- % de pacientes con desgarros perineales.
- % de pacientes a las que se les aplica el protocolo de alumbramiento dirigido.
- % de recién nacidos a los que se les aplica el contacto piel con piel en la sala de paritorio.
- % de pacientes con factores de riesgo de hemorragia postparto a las que se aplica el protocolo de prevención de la misma
- % de recién nacidos con un Apgar inferior a 6

DURACIÓN
- Creación de equipo de proceso: Octubre 2016
- Documentación del proceso: Octubre- Noviembre 2016
- Medición: indicadores semestrales, recogida continua de incidencias

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0131

1. TÍTULO

PROCESO DE ATENCION AL PARTO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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 - 2016/0941

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA FRANCISCA GUTIERREZ SABIO
· Profesión TCAE
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

NAVARRO SALESA ANA
GIMENEZ HERNANDEZ MARIA
RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES
LEIVA COMERAS ANA CARMEN
LORENZO ALQUEZAR MARIA JOSE
PEREZ ANGOSTO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Noviembre del año 2016 se reunió el grupo de trabajo para elaborar las primeras líneas de actuación, y definir el papel que cada miembro del grupo debía seguir.
Tras recabar información y bibliografía sobre el tema a tratar, en diciembre del 2016, se reunió el grupo de trabajo para elaborar el protocolo con las pautas a seguir para el contacto precoz piel con piel.
Así mismo se elaboró una planilla de registro manual y otra en excell para recoger la información: sí/no realización de piel con piel (bajo los estándares aprobados en protocolo), quién ha realizado el contacto piel con piel (madre/padre) e inicio precoz de lactancia materna (Sí/no).
Una vez consensuado el protocolo y el método de recogida de datos, se presentaron los mismos al equipo de obstetricia de paritorio para que todo el equipo estuviese implicado en el proyecto.
Aunque teníamos previsto empezar la implantación del protocolo el 1 de enero del 2016, por motivos de organización de vacaciones no se pudo iniciar hasta el día 9 de enero. Por esta razón los primeros 8 partos no fueron contabilizados.
En febrero del 2017, se formó de nuevo un equipo de trabajo para elaborar el díptico informativo sobre los beneficios del contacto piel con piel. Este díptico fue recogido por la comisión de lactancia materna del Hospital, y se incluyó en un tríptico de información que se entrega a la gestante en la consulta de tocología en la visita de las 30 semanas de gestación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº madre-hijo que inician contacto piel con piel/nº total de partos vaginales= 96.03%
Nº madre-hijo que inicia lactancia materna/ total de partos vaginales= 92.63%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración del proyecto así como el desarrollo del mismo ha sido sumamente satisfactorio para todo el equipo que ha participado en él. No sólo ha servido para que elevemos la calidad de atención al parto sino también para crear mayor sensación de equipo.
Aunque el equipo de tocología ya estaba concienciado para poner en práctica el contacto piel con piel, el proyecto ha servido para afianzar en aquellos que ya lo estaban poniendo en práctica y para impulsar a aquellos que tenían alguna reserva en su actuación.
Los resultados del proyecto han superado las expectativas creadas por el propio equipo y podemos dar este proyecto como concluido.
El equipo ha considerado que se puede ampliar el proyecto en cesáreas urgentes que se deciden en el área de paritorio y que, por lo tanto, podría estar en nuestra mano favorecer el contacto piel con piel con el padre o un familiar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/941 ===== ***

Nº de registro: 0941

Título
FAVORECER EL CONTACTO PRECOZ PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DE PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHEZ LAHOZ MARGARITA, NAVARRO SALESA ANA, LOREN AGUILAR MARINA, MAGIMENEZ HERNANDEZ MARIA, RODRIGO MOLLA MARIA DOLORES, ANDREU GISBERT MARIA PILAR, PEREZ ANGOSTO ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0941

1. TÍTULO

FAVORECER EL CONTACTO PIEL CON PIEL MADRE-HIJO EN EL AREA DEL PARITORIO DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Lactantes
Tipo Patología ...: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Promover y favorecer el contacto piel con piel y la relación maternofilial por los grandes beneficios que aporta para ambos:

- Favorece el vínculo afectivo
- Mejora el control de la termorregulación del R.N.
- Disminuye el distress respiratorio
- Evita la hipoglucemia del niño
- Aumenta la probabilidad de éxito de la lactancia materna
- El niño se pone en contacto con las bacterias propias de la madre

Se considera que el contacto piel con piel debe durar al menos 70 minutos.

Esta práctica está dentro de las recomendaciones que el Ministerio de Sanidad y Consumo hace en su estrategia de parto normal.

RESULTADOS ESPERADOS

- Favorecer el vínculo afectivo
- Disminución del riesgo de hipotermia neonatal
- Favorecer el inicio precoz de lactancia materna

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de actuación
- Elaboración de una planilla de recogida de datos
- Presentación del protocolo al resto de los miembros del equipo de paritorio
- Elaboración de un diptico sobre las ventajas del contacto precoz madre-hijo que se entregará a las embarazadas

INDICADORES

- N° de madre-hijo que inician el contacto piel con piel /n° total de partos vaginales
- N° madre-hijo que inician la lactancia materna / Total de partos vaginales

DURACIÓN

- Noviembre 2016 Constitución del grupo de trabajo
- Diciembre 2016 Elaboración de un protocolo para favorecer el contacto piel con piel y una planilla de recogida de datos
- Enero 2017 Implantación del proceso
- Febrero 2017 Elaboración del diptico y entrega a las mujeres embarazadas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR ANDREU GISBERT
· Profesión MATRONA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUILLEN HERRERO MARIA JESUS

GARCIA SALINAS ESPERANZA

SEBASTIAN SANZ ASUNCION

BALFAGON GOMEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En enero y febrero del 2018 las matronas de paritorio del Hospital de Alcañiz hicimos varias reuniones en las que se decidieron:

- Se revisaron los protocolos del área de paritorio donde se usa el sulfato de magnesio y se valoraron todas las dosis, diluciones y perfusiones que se ofrecían en ellos. Estos protocolos son: Preeclampsia grave, eclampsia y neuroprotección en partos prematuros.
 - Cada patología es tratada con una dosis de inicio y de mantenimiento diferente. Además, en cada protocolo se exponen diferentes formas de concentración. Se decidió poner en el póster todas las posibles formas de dilución y de velocidad de perfusión, ya que, a veces, hay que tener cuidado con no producir una sobrecarga hídrica.
 - Se valoraron distintas maneras de presentar las dosis según patología. Se eligió realizarlo en una tabla para cada patología en la que se diferenciaba entre dosis de ataque y dosis de mantenimiento y las diferentes formas de hacer la dilución y la velocidad de perfusión. Para hacerla más visual se decidió poner cada tabla en diferente color según la patología.
 - Al final del póster se dispuso poner otra tabla donde se expusiese el antídoto del sulfato de magnesio (gluconato cálcico), así como su dosificación. En este caso el color de la tabla sería más llamativo.
 - El póster llevaría la fecha de publicación para poder revisarlo cuando hubiese un cambio de protocolo o al menos una vez al año.
 - En estas reuniones se fijó que la responsable del proyecto presentaría, por e-mail, un póster con las decisiones tomadas para la valoración de todas las matronas y hacer así los cambios pertinentes.
- En marzo del 2018 se presentó un borrador del póster al equipo de matronas: se decidió incluir también las constantes vitales que se deben controlar para valorar la sobredosificación por sulfato de magnesio. Se reenvió el póster con los cambios acordados, que fue aprobado para su impresión. En marzo del 2018 se colocó el póster en la sala de medicación del área de paritorio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La evaluación del póster se ha realizado mediante encuesta de satisfacción a las matronas de paritorio. Como son patologías, por suerte, no muy frecuentes los casos que ha habido a lo largo de este año han sido escasas (2). Las matronas que han tenido que utilizar el póster lo han evaluado así (de 0 a 5):

- Claridad en la exposición de la dilución y de las dosis: 4
- Utilidad del póster en los momentos de urgencia: 5

Además, se ha visto la necesidad de apuntar en el póster el nombre comercial del gluconato cálcico, para evitar cualquier confusión: Suplecal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las actividades para realizar el póster han servido, al equipo de matronas, para hacer una revisión de los protocolos y la mejor manera de llevarlos a la práctica. Además, hemos podido hacer una puesta en común de las dificultades que nos encontramos al atender este tipo de patologías y la mejor manera de afrontarlas. Como siempre que se hace un trabajo en equipo, este sirve para unir más a sus componentes y para generar la sensación de pertenencia a un grupo que tiene un objetivo común.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/155 ===== ***

Nº de registro: 0155

Título
ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DEL SO4MG EN SUS DISTINTAS APLICACIONES OBSTETRICAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

Autores:
ANDREU GISBERT PILAR, GUILLEN HERRERO MARIA JESUS, GARCIA SALLINAS ESPERANZA, SEBASTIAN SANZ ASUNCION, BALFAGON GOMEZ CARMEN, BARRABES SANCHEZ MYRIAM, SANCHO VIVES ESTHER, REAL CORDERO ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
EL SO4Mg ES UN FÁRMACO USADO EN DIFERENTES PATOLOGÍAS OBSTÉTRICAS GRAVES: PREECLAMPSIA GRAVE, ECLAMPSIA, Y COMO NEUROPROTECTOR EN PARTOS PREMATUROS. LAS DOSIS DE INICIO Y DE MANTENIMIENTO, ASÍ COMO LA DILUCIÓN Y LA PERFUSIÓN, VARIAN MUCHO SEGÚN LA PATOLOGÍA QUE SE ATAQUE.
LA INCIDENCIA DE ESTAS PATOLOGÍAS ES BAJA, PERO ESTO HACE QUE, AL NO SER PRÁCTICA HABITUAL, PUEDAN SURGIR DUDAS EN EL MANEJO DE ESTE FÁRMACO.
LOS PROTOCOLOS UTILIZADOS DESCRIBEN EL MODO EN QUE SE DEBE PREPARAR LAS DILUCIONES PERO, AL SER UN MOMENTO CRÍTICO, ES DIFÍCIL BUSCAR ENTRE LOS PROTOCOLOS A LA VEZ QUE SE ATIENDE A LA MUJER EN TODA SU PATOLOGÍA.
POR ELLO SERÍA ÚTIL TENER UN PÓSTER, EN LA ZONA DONDE SE PREPARA LA MEDICACIÓN, DONDE SE EXPONGA DE FORMA INEQUÍVOCA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4MG SEGÚN PATOLOGÍA. ESTO FACILITARÍA EL TRABAJO, ADEMÁS DE EVITAR CONFUSIONES EN SU ADMINISTRACIÓN.

RESULTADOS ESPERADOS
- AUMENTAR LA EFICACIA Y EFECTIVIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO
- DISMINUIR LAS DUDAS SOBRE LA DILUCIÓN DEL SULFATO DE MAGNESIO Y DE SU PERFUSIÓN
- FACILITAR EL TRABAJO DE LAS MATRONAS DEL SERVICIO DE PARITORIO EN LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍA OBSTÉTRICA GRAVE

MÉTODO
MEDIANTE REUNIONES PERIÓDICAS Y TAMBIÉN MEDIANTE COMUNICACIÓN A TRAVÉS DE E-MAIL:
- REVISIÓN DE LOS PROTOCOLOS DEL ÁREA DE PARITORIO
- VALORAR CÓMO EXPONER DE FORMA ESQUEMÁTICA LAS DOSIS, DILUCIÓN Y PERFUSIÓN DEL SO4Mg SEGÚN PATOLOGÍA
- REALIZAR UN PÓSTER CON LA INFORMACIÓN PERTINENTE
- EVALUACIÓN DEL PÓSTER Y HACER LAS MODIFICACIONES QUE SEAN PRECISAS PARA SU MEJORA

INDICADORES
- GRADO DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS EN CUANTO:
o CLARIDAD EN LA EXPOSICIÓN DE LA DILUCIÓN Y DOSIS (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)
o UTILIDAD DEL PÓSTER EN LOS MOMENTOS DE URGENCIA (DE 0 A 5: 0 POCO SATISFECHO, 5 MUY SATISFECHO)

DURACIÓN
- MARZO 2018: REUNIÓN DE LAS MATRONAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ PARA:
o VALORAR LA NECESIDAD DE LA ELABORACIÓN DEL PÓSTER
o REUNIR LOS DATOS DE LOS PROTOCOLOS
o SELECCIONAR ENTRE LAS DISTINTAS FORMAS DE DILUCIÓN LA QUE SEA MÁS ÚTIL
- MARZO 2018: ELABORACIÓN DE BORRADOR DEL PÓSTER. LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE SE ENVIARÁ A TRAVÉS DE E-MAIL A TODAS LAS COMPONENTES DEL PROYECTO PARA QUE LO EVALÚEN
- MARZO 2018: COLOCAR EL PÓSTER EN LA SALA DE MEDICACIÓN DEL ÁREA DE PARITORIO.
- DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LAS MATRONAS
- REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS DE SO4MG, O AL MENOS UNA VEZ AL 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) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0155

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA EL MANEJO DE SULFATO DE MAGNESIO EN SUS DISTINTAS MODALIDADES OBSTETRICAS

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1104

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ESTHER SANCHO VIVES
· Profesión MATRONA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

REAL CORDERO ESPERANZA
DOMINGUEZ FUENTES JULIO
MONTAÑES BELLO PAOLA
VICENTE LOPEZ BEATRIZ
REMACHA SIENES MARIA
BARRABES SANCHEZ MYRIAM
BALFAGON GOMEZ CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se creó el Proyecto de Amniocentesis para diagnóstico prenatal tras revisión de la evidencia científica y recomendaciones en relación a la misma adaptándolo a las peculiaridades organizativas de nuestro hospital . Se creó una hoja de recomendaciones para la realización de la Amniocentesis en la que también se incluyen las recomendaciones post-amniocentesis. En la misma hoja le indicamos a la gestante el día, hora y lugar al que acudirá para la realización de la misma, y el modo en que daremos los resultados según el test solicitado. Se creó la hoja de Checklist en la Amniocentesis, y además se vió la necesidad de introducir en la misma las Observaciones post-amniocentesis por parte del obstetra una vez realizada la misma. En esta hoja se anota el nombre del obstetra y de la enfermera/matrona que ayuda en la misma asegurando la identificación de los mismos. Una vez cumplimentado se deja dentro de la Hª Obstétrica para posibles revisiones del mismo. Se revisó el Proyecto de Amniocentesis junto con las hojas de Recomendaciones y Checklist por todo el equipo de mejora, modificando algunos aspectos. El Proyecto se puso en marcha en Mayo de 2018. La hoja de Recomendaciones para la realización de la Amniocentesis se entrega junto al Consentimiento informado para Amniocentesis en consulta de Tocología tras informar a la gestante de la indicación de la misma y proporcionar asesoramiento genético. La hoja de Checklist en la Amniocentesis junto con la hoja de Solicitud de Diagnóstico Genético Prenatal se incluyen en la Historia Obstétrica de la gestante y se programa la Amniocentesis. En Septiembre de 2018, en Sesión Clínica se presentó a todo el personal del Servicio de Parto con los resultados alcanzados hasta ese momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde Mayo de 2018 a Febrero de 2019 se han realizado 7 Amniocentesis. En relación a los Indicadores:
nº Amniocentesis con consentimiento firmado completo/ nº Total de Amniocentesis: 100%
Nº Hojas de Recomendaciones entregadas / Nº Total de Amniocentesis: 100%
Nº Checklist completados/ Nº total de Amniocentesis: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados obtenidos indican que la implicación por parte de todos los profesionales ha hecho que el Proyecto de Amniocentesis para Diagnóstico Prenatal en el Hospital de Alcañiz esté instaurado desde su inicio. Desde su puesta en marcha ha habido cambios en la plantilla tanto de obstetras como de matronas y el Proyecto de Amniocentesis ha permitido tener por escrito el Proceso de Amniocentesis adaptado a nuestro hospital, la verificación previa a la prueba mediante Checklist aumentando la seguridad de la gestante y se asegura la identificación de los profesionales que realizan y ayudan en la realización de la misma. Por otro lado, la hoja de Recomendaciones que se entrega a la gestante permite aumentar la comprensión del procedimiento ya que además de dar la información oral, la misma hoja tiene toda la información escrita tanto del día que se realiza la misma, las recomendaciones previas, recomendaciones post-amniocentesis, como le daremos los resultados y que día acudirá al control post-amniocentesis. No se incluyó como indicador, pero cabe señalar en este punto que todas las gestantes entendieron y cumplieron las recomendaciones previas y post-amniocentesis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1104 ===== ***

Nº de registro: 1104

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1104

1. TÍTULO

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROCESO DE AMNIOCENTESIS PARA DIAGNOSTICO PRENATAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
SANCHO VIVES ESTHER, REAL CORDERO ESPERANZA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de Amniocentesis ha descendido en los últimos años gracias a la introducción del ADN fetal como prueba de Screening en las gestantes con riesgo intermedio, pasando la Amniocentesis a realizarse en casos de un Screening de riesgo alto, marcadores ecográficos, anomalía cromosómica parental o en gestación previa, riesgo de infección fetal con PCR disponible, ...
El obstetra que realiza la amniocentesis necesita de un ayudante que conozca la técnica además de las contraindicaciones relativas para evitar errores y así aumentar la seguridad de la gestante.
En la actualidad, en nuestro centro, todos los obstetras de la plantilla realizan Amniocentesis y durante el último año han ayudado enfermeras y/o matronas diferentes.
La instauración de un Proceso de Amniocentesis en nuestro hospital, permitirá comprobar que está todo preparado correctamente mediante la aplicación de un checklist previo que permitirá evitar errores y/o la interrupción de la prueba, aumentando la seguridad de la gestante.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear el Proceso de Amniocentesis para diagnóstico prenatal
Crear una hoja informativa de Amniocentesis y de recomendaciones post procedimiento para la gestante
Crear un checklist previo a la Amniocentesis
Asegurar la identificación de los profesionales que realizan la Amniocentesis
Implementar el Proceso de Amniocentesis en todas las gestantes que precisen de esta prueba diagnóstica

MÉTODO
Revisar el Procedimiento de Amniocentesis así como los circuitos de comunicación de consulta, laboratorio y ecografías de gine en nuestro hospital
Entregar hoja de recomendaciones junto con el consentimiento informado en consulta
Aplicar el checklist previo a la amniocentesis
Anotar nombre del obstetra y enfermera/matrona que realizan la prueba
Dejar checklist cumplimentado en la Historia Obstétrica de la gestante que se devuelve a consulta

INDICADORES
nº Amniocentesis con consentimiento firmado completo / nº total Amniocentesis
nº Hojas de recomendaciones entregadas / nº total Amniocentesis
nº Checklist completados / nº total Amniocentesis

DURACIÓN
A lo largo del año 2018

OBSERVACIONES
-

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0396

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE BEATRIZ VICENTE LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ADIEGO CALVO IGNACIO
ANDREU GISTERT MARIA PILAR
BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN
GARCIA SALINAS MARIA ESPERANZA
BARRABES SANCHEZ MIRIAM
SANCHO VIVES ESTHER
GONZALEZ VAQUERO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha revisado la bibliografía de nuestro entorno y del ministerio de sanidad y consumo, consensuando conductas con los servicios de anatomía patológica, genética y microbiología, estableciendo un procedimiento de actuación con especial énfasis en la identificación de las muestras, las distintas pruebas a analizar según la edad gestacional y el destino final del producto del parto en el que la última palabra la tienen los progenitores. Se ha realizado un check list que incluye los documentos a rellenar las pruebas a solicitar, las autorizaciones pertinentes y el destino de los restos. Además, se han realizado formatos de autorización de estudio post mortem, aceptación del cadáver y renuncia al cadáver y autorización de incineración. Además, se ha realizado una hoja de registro para celadores en la que consta quien baja la muestra al depósito, lugar en el que se deja, fecha y hora. Este documento se recoge y guarda en lugar específico del servicio. Una vez finalizado el procedimiento se presentó en sesión clínica a todo el personal de paritorio (matronas, ginecólogos, TCAE y enfermería).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 se detectaron 3 incidencias relacionadas con la gestión del producto de abortos de segundo trimestre y feto muerto. En 2019 no se ha detectado ninguna. Al inicio del proyecto obtuvimos un NPR de 576 y actualmente sale un NPR de 8 por baja probabilidad de ocurrencia y alta capacidad de detección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión de la literatura y el consenso con los servicios implicados nos ha permitido disponer de un procedimiento de gestión de producto de abortos de segundo trimestre y feto muerto ha permitido aclarar a todos los miembros del servicio la actuación a seguir, que hasta el momento no existía y se producía con una variabilidad no deseada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/396 ===== ***

Nº de registro: 0396

Título
PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

Autores:
VICENTE LOPEZ BEATRIZ, ADIEGO CALVO IGNACIO, ANDREU GIBERT MARIA PILAR, BALFAGON GOMEZ MARIA CARMEN, GARCI SALINA MARIA ESPERANZA, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, SANCHO VIVES ESTHER, GONZALEZ VAQUERO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0396

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO ACTUACION ANTE UN FETO MUERTO. INSTRUCCIONES TECNICAS

PROBLEMA

Hemos encontrado varias incidencias relativas a la gestión del producto de un alumbramiento con feto muerto. Al analizar la situación nos encontramos con que el personal desconoce la actuación o el procedimiento a seguir.

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar las incidencias repetidas relacionadas con la gestión del producto de un alumbramiento con feto muerto. Establecer pautas de actuación, para que el feto llega en las mejores condiciones al servicio de Anatomía Patológica.

MÉTODO

- Establecer unas instrucciones técnicas
- Consensuar la decisión de realizar biopsia y/o autopsia, revisando documentación vigente y normativa para estos casos
- Diseñar los registros necesarios para mantener la trazabilidad
- Formación a los profesionales implicados (médicos, personal de quirófanos, matronas y auxiliares de clínica).

INDICADORES

Número de incidencias presentadas en 2019 (Estándar 0%)

DURACIÓN

Febrero-Septiembre 2019: Establecer las instrucciones técnicas a seguir, consensuando la decisión de realizar biopsia y/o autopsia con el servicio de A P, revisando documentación vigente y normativa para estos casos. Diseñar los registros necesarios para mantener la trazabilidad

Septiembre-Noviembre 2019: Formación a los profesionales implicados (médicos, personal de quirófanos, matronas y auxiliares de clínica).

Diciembre 2019: Evaluar la situación y valorar el indicador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0015

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

Fecha de entrada: 24/01/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ LATRE REBLED
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
RODRIGUEZ PINEDA
GONZALEZ TOMAS BLANCA
LARIO MARCO SANDRA
GASION CARCELLER VANESA
BELLES CENTELLES SANDRA
DOBON ASCOZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo las enfermeras directamente relacionadas con el estudio preoperatorio de la catarata, que son quienes realizan las pruebas complementarias imprescindibles para completar dicho estudio.
- o Se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
- o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consistido en Sesiones Clínicas del servicio, en las que se exponían aspectos teóricos y prácticos sobre la cirugía de la catarata y las pruebas complementarias preoperatorias específicas.
- o Se ha elaborado un protocolo, basado en la mejor evidencia posible, y adaptado a la estructura y tecnología de nuestro servicio. Dicho protocolo incluye:
 - La documentación entregada al paciente el día de la inclusión en la lista de espera (hoja informativa del proceso, resguardo de su inclusión, consentimiento informado, volantes de analíticas y ECG, y una hoja de autoevaluación para rellenar los días previos a la cita preoperatoria).
 - Descripción de los elementos claves del circuito, para evitar la omisión de alguno de ellos.
 - Desarrollo de todo el procedimiento de realización de pruebas complementarias, con el detalle de cada una de ellas, tanto desde el punto de vista técnico como el resultado clínico que se espera obtener.
 - Recomendaciones per-operatorias, y explicación detallada del tratamiento a seguir.
 - Hoja de la "Historia Preoperatoria de la Cirugía de Catarata", en la que se especifican todos los hallazgos clínicos y exploratorios relevantes para esta intervención quirúrgica.
 - Hoja de registro de todo el "Procedimiento Preoperatorio", para validar que estén cumplimentados todos los pasos descritos previamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Existe la disponibilidad del procedimiento. Aprobado por la Dirección.
- o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes intervenidos de cataratas durante el mes de noviembre, en las que se ha comprobado la existencia del registro del procedimiento preoperatorio correctamente cumplimentado. Resultado: 100%.
- o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se consigue homogeneizar la atención prestada a todos los pacientes con un mismo proceso clínico; y por otro, sirve de modelo para cualquier profesional que se incorpore al servicio de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen cirugías de cataratas.
- o Este procedimiento se complementará con un nuevo proyecto, que será la realización de la "Vía Clínica de la Catarata" en el Hospital de Alcañiz, que incluirá el Procedimiento Preoperatorio descrito, pero además todo el curso clínico, desde la exploración en consulta y propuesta de la intervención quirúrgica, hasta el alta hospitalaria, pasando por la atención en planta el día de la intervención y el proceso quirúrgico propiamente dicho.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/15 ===== ***

Nº de registro: 0015

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0015

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PREOPERATORIO EN LA INTERVENCION DE CATARATA

Autores:
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, LARIO MARCO SANDRA, RIOS RAFALES NOELIA, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Actualmente en el hospital de Alcañiz no existe un protocolo preoperatorio explícito de la intervención de catarata, lo que se traduce en ocasiones en variabilidad en la preparación de estos pacientes, lo que podría motivar la repetición de pruebas, la necesidad de una nueva cita, y en último extremo podría retrasar el desarrollo de la intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer, documentar, implementar y medir un procedimiento preoperatorio único y explícito para el hospital de Alcañiz, tanto con fines de homogeneizar la atención prestada como para servir de formación de acogida a nuevos profesionales en el servicio. Además esperamos que salgan registros específicos que un día puedan ser incorporados a la historia clínica electrónica.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo
- Elaboración de un protocolo basado en la mejor evidencia disponible, pero adaptado a la estructura y tecnología del hospital
- Implementación mediante actividades de formación
- Medición de la implantación

INDICADORES

- Disponibilidad del procedimiento, aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % de pacientes intervenidos con registro del procedimiento preoperatorio

DURACIÓN

6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1180

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CASTRO ALONSO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCANIZ
- Localidad ALCANIZ
- Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
- Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LATRE REBLED BEATRIZ
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GELI JUNYER CARMEN
GASION CARCELLER VANESA
LARIO MARCO SANDRA
GOMEZ BORRUEY ANA MARIA
CABRERA CARRERAS ASCENSION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo enfermeras del Servicio, ya que todos están directamente relacionados con el proceso del consentimiento informado (CI).
- o Durante todo el año, se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
- o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consistido en la presentación de Sesiones Clínicas.
- o Se ha elaborado un protocolo de trabajo, que incluye:
 - Revisar cada uno de los CI existentes actualmente en el Servicio.
 - Actualización de los mismos, tras consensuar y validar la información con documentos existentes en otros centros hospitalarios o Sociedades Científicas.
 - Definir otros procesos en los que no existe CI en nuestro Servicio, y en los que es necesaria su elaboración.
 - Homogeneizar todos los documentos, y darles un formato análogo.
- o Incluir en cada documento dos partes diferenciadas:
 - Información del proceso clínico.
 - Consentimiento para firmar, rechazar o revocar.
- Añadir imágenes y figuras en cada uno de los documentos, con el fin de ilustrar la información ofrecida a cada paciente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Existe la disponibilidad de todos los consentimientos (31).
- o Aprobados por la Dirección y la Comisión de Historias Clínicas.
- o Se han incorporado todos los consentimientos a la Intranet del hospital.
- o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes que acudieron a quirófano durante el mes de Noviembre, y se ha revisado que existiera el CI de cada proceso correctamente cumplimentado. Resultado: 100%.
- o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, así como el deber del médico de informarle y obtener su consentimiento; y por otro, sirven de referencia para otros servicios de oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen similares procedimientos.
- o Con la incorporación de imágenes al documento de información, se consigue que sea más fácil la explicación del proceso clínico.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1180 ===== ***

Nº de registro: 1180

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1180

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DEL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA

Autores:
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN, LARIO MARCO SANDRA, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: CALIDAD ATENCIÓN

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El consentimiento informado (CI) de los pacientes es por un lado una manifestación del principio de autonomía personal aplicada al campo de las relaciones medicas; pero también es un mecanismo de intervención jurídica en el campo de la medicina. Con él se lleva a la practica el derecho a la información del paciente y el derecho a su libre elección sobre actos sanitarios relacionados con su estado de salud, o el deber del medico de informale y obtener su consentimiento. Actualmente existen, en el Servicio de Oftalmología, patologías o procesos en los que el CI o no existe, o está anticuado, o no está suficientemente detallado, con las implicaciones que estas carencias pueden tener.

RESULTADOS ESPERADOS
Revisar, actualizar y mejorar los CI que existen en estos momentos en el Servicio, e incorporar nuevos CI de todas aquellas intervenciones o procesos que lo precisen. Además, esperamos incorporar a la Intranet del Sector dichos documentos, mejorando la accesibilidad a los mismos.

MÉTODO
Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo. Inicialmente, se revisará cada uno de los documentos vigentes, y se definirán los procesos en los que hay que incorporar el CI. Posteriormente, se consensuarán con otros Centros Hospitalarios o Sociedades Científicas, para homogeneizar la información. Se realizarán reuniones en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso, y finalmente se incorporarán a la web, para su difusión.

INDICADORES
- Disponibilidad de todos los CI.
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet
- % procesos o intervenciones que requieren CI, en los que se completa correctamente la información y firma del documento.

DURACIÓN
Durante el transcurso de 2017, con fecha de 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 - 2018/0385

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ LATRE REBLED
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
GELI JUNYER CARMEN
GONZALEZ TOMAS BLANCA
GOMEZ BORRUEY ANA
BELLES CENTELLES SANDRA
DOMENECH BEIL LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología. Además de facultativos, se han incorporado a este grupo las enfermeras directamente relacionadas con los procesos clínicos de la catarata y el glaucoma.
o Se han convocado sucesivas reuniones del grupo de trabajo para la distribución de las tareas programadas y el seguimiento del proyecto.
o Las actividades de formación relacionadas con el proyecto han consistido en Sesiones Clínicas del servicio, en las que se exponían aspectos teóricos y prácticos sobre la cirugía de la catarata y el glaucoma y sus protocolos quirúrgicos.
o Se ha elaborado un protocolo, basado en la mejor evidencia posible, y adaptado a la estructura y tecnología de nuestro servicio. Dicho proyecto incluye:
? Hoja de Protocolo de la técnica de cirugía de la Catarata, mejorando el anterior y añadiendo una serie de ítems muy útiles y precisos.
? Creación de Protocolo de la técnica de cirugía de Glaucoma.
? Elaboración de un Protocolo combinando en una sola hoja la técnica de la cirugía de la Catarata y el Glaucoma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

o Protocolos disponibles en la intranet para su difusión.
o Se ha hecho un estudio sobre todas las historias clínicas de pacientes intervenidos de catarata, glaucoma y mixtas o combinadas, durante los meses de diciembre de 2018 y enero de 2019, cuyos resultados son de un 100%.

- 100% protocolos de catarata/catarata+glaucoma en los que consta etiqueta identificadora de la lente.
- 100% de intervenciones catarata/catarata+glaucoma en los que se identifica de forma inequívoca el modelo de lente implantada.
- 100% de registro de intervención en los que se detalla el abordaje quirúrgico planificado (incisión).
- 100% de registro de intervención en el que consta el uso/no uso de fenilefrina intracamerular.
- 100% de registros de intervención de glaucoma en los que consta la técnica utilizada, el procedimiento quirúrgico y las incidencias.

o El impacto de este proyecto es doble: por un lado se consigue unificar criterios de actuación entre profesionales, y por otro sirve de modelo para cualquier profesional que se incorpore al Servicio de Oftalmología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

o La valoración del equipo de mejora es muy positiva, y consideramos que puede ser un modelo a seguir por otros centros similares al nuestro, en los que se realicen cirugías de catarata, glaucoma o combinada.
o Este procedimiento se complementará con un nuevo proyecto, que será la realización de la "Vía Clínica de la Catarata" en el Hospital de Alcañiz, que incluirá el Procedimiento Preoperatorio, además de todo el curso clínico, desde la exploración en consulta y propuesta de la intervención quirúrgica, hasta el alta hospitalaria, pasando por la atención en el área de la CMA el día de la intervención y el proceso quirúrgico propiamente dicho con los protocolos que aquí se describen.

7. OBSERVACIONES.

o Además, una mejora real es aportar el Protocolo Qco. de Glaucoma y cirugía combinada que no existían previamente.
o El equipo de trabajo considera que era imprescindible la incorporación de un protocolo de glaucoma y cirugía combinada que detallara los procedimientos de las diversas técnicas que existen en la actualidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0385

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN PROCEDIMIENTO PARA LA ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/385 ===== ***

Nº de registro: 0385

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION Y MEJORA DE LOS PROTOCOLOS QUIRURGICOS DE CATARATA Y GLAUCOMA

Autores:
LATRE REBLED BEATRIZ, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN, BELLES CENTELLES SANDRA, DOBON ASCOZ ANA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, CUARTERO LOZANO DAVID, GOMEZ BORRUEY ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente en el Hospital de Alcañiz existen protocolos quirúrgicos para la intervención de catarata y glaucoma, que no se atienden fielmente a la actividad diaria de dichas cirugías.
Por ello, interesa la puesta al día de estos protocolos para reflejar por escrito nuestra práctica clínica-quirúrgica a día de hoy correctamente.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la asistencia sanitaria como fin último en base a:
- La correcta descripción y recogida de las maniobras y materiales quirúrgicos utilizados por el personal de enfermería y el/los cirujanos en cada una de las cirugías.
- La disminución de la variabilidad en la práctica quirúrgica, unificando criterios de actuación entre los profesionales.
- La disminución de procedimientos innecesarios durante la asistencia del paciente.

MÉTODO
1-Actualización y mejora de un protocolo basado en la evidencia y adaptado a los recursos de estructura y tecnología de nuestro hospital.
2-Creación de un grupo de trabajo.
3-Se programarán reuniones del grupo si se precisa actualizarlo.
4-Se colgará en intranet para su difusión.

INDICADORES
- Disponibilidad de todos los protocolos..
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en intranet.
- % de pacientes intervenidos con registro del protocolo correctamente.

DURACIÓN
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 - 2019/0352

1. TÍTULO

"PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS"

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA CARMEN EGEA ESTOPIÑAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OFTALMOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LATRE REBLED BEATRIZ
CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
CASORRAN BERGES MARTA
GELI JUNYER CARMEN
BELLES CENTELLES SANDRA
GASION CARCELLER VANESA
VICENTE NAVARRO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presentó un proyecto de actualización de screening en pacientes con tratamiento antipalúdico conjuntamente entre el servicio de Reumatología y Oftalmología para coordinar el manejo de estos pacientes, y establecer una pautas conjuntas y consensuadas para detectar de manera precoz la maculopatía que puede aparecer asociada a dichos fármacos; por lo que se establecieron las siguientes actividades:

- Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos y enfermeras.
 - Se convocaron tres reuniones a lo largo del año para la distribución de las tareas y el seguimiento del proyecto
 - La formación "PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS" por parte del servicio de Oftalmología y Reumatología ha consistido en varias sesiones conjuntas donde se han expuesto aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de la toxicidad por antipalúdicos, así como la formación en las distintas pruebas y técnicas a los que van a ser sometidos los pacientes.
 - Se han revisado y adaptado de forma consensuada y estandarizada los protocolos de dicho proyecto, en función del diagnóstico para mejora del screening y de un posible tratamiento precoz
 - Del mismo modo, se revisaron y consensuaron protocolos de screening en función del diagnóstico e indicación, y se registraron en una tabla para facilitar y agilizar al facultativo.
 - Se ha instruido al personal de enfermería para la realización de las diversas pruebas (agudeza visual, una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2)
 - Se ha elaborado un procedimiento clínico que incluye las siguientes actuaciones:
Por parte del servicio de oftalmología se realizará una visita basal al inicio del tratamiento (Realizando un examen oftalmológico completo, con especial atención a las patologías maculares; una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2 y la autofluorescencia mediante funduscopia)
- La siguiente revisión sera a los 5 años de tratamiento sin factores de riesgo concomitantes y dosis adecuada. A partir de aquí se programan revisiones anuales, con las mismas pruebas del inicio. Además se incorpora el protocolo a la Intranet del Sector de Alcañiz.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- 1- 100% ha sido el porcentaje de pacientes a los que se les inicia tratamiento con antipalúdicos en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para realizar el screening.
- 2- 100% ha sido el porcentaje de pacientes en tratamiento con antipalúdicos de síntesis a los que se les ha realizado correctamente el screening junto con el control de las pruebas realizadas, y valoración de su resultado.
- 3- 100% ha sido el porcentaje de pacientes en tratamiento con antipalúdicos y en seguimiento en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para iniciar el protocolo.
- 4- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del "PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS" ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos muy incipientes de maculopatía y así hemos podido suspender el tratamiento muy precozmente, o incluso no iniciarlo si ya tenían una maculopatía importante de base al igual que monitorizar a todos los pacientes mejorando y optimizando recursos, tratamientos y tiempos de consulta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/352 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0352

1. TÍTULO

"PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS"

Nº de registro: 0352

Título
PROYECTO DE ACTUALIZACION EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALUDICOS

Autores:
EGEA ESTOPIÑAN CARMEN, LATRE REBLED BEATRIZ, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, CASORRAN BERGES MARTA, GELI JUNYER CARMEN, LARIO MARCO SANDRA, GASION CARCELLER VANESA, GONZALEZ TOMAS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La toxicidad retiniana por cloroquina (CQ) y su análogo hidroxicloloroquina (HCQ) fármacos derivados de la 4-aminoquinolina, ha sido bien conocida desde hace años.
Ambos fueron empleados en el tratamiento de la malaria, aunque actualmente se indican en el tratamiento de las enfermedades autoinmunes (Lupus, Artritis Reumatoide, Síndrome antifosfolípido, etc)
Su empleo ha aumentado de forma drástica debido a su gran capacidad de inmunomodulación, con un aceptable perfil de seguridad, bajo coste y ausencia de inmunosupresión. Estos fármacos se excretan fundamentalmente a nivel renal y hepático.
Ambos fármacos presentan una toxicidad ocular dosis dependiente relativamente predecible.
La dosis recomendada como seguras son CQ dosis inferior a 2,3 mgr/kg peso real/día y para la HCQ es inferior a 5 mgr/Kg peso real/día
La presencia de toxicidad retiniana es poco frecuente (inferior al 1%) se las dosis del fármaco empleadas son las adecuadas. Sin embargo, el aumento en su prescripción, así como la edad temprana de inicio del fármaco hacen que sea necesario establecer unas pautas de screening para evitar la aparición de lesiones severas e irreversibles.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualizar y proporcionar una nueva estrategia de screening en pacientes con tratamiento antipaludico conjuntamente entre el servicio de Reumatología y Oftalmología para coordinar el manejo de estos pacientes y poder establecer unas pautas conjuntas para detectar de manera precoz la maculopatía asociada.
Por parte del servicio de oftalmología se realizará una visita basal al inicio del tratamiento (Realizando un examen oftalmológico completo, con especial atención a las patologías maculares; una tomografía de coherencia óptica de dominio espectral (SD-OCT) y una campimetría central tipo Humphrey 10-2, la autofluorescencia mediante funduscopia. La siguiente revisión sería a los 5 años de tratamiento sin factores de riesgo concomitantes y dosis adecuada. A partir de aquí se programarían revisiones anuales, con las mismas pruebas del inicio. Además, esperamos incorporar el protocolo a la Intranet del Sector de Alcañiz.

MÉTODO
- Estableceremos un grupo de trabajo para la elaboración de todo el proyecto, y programaremos reuniones periódicas para el seguimiento del mismo.
- Elaboración del protocolo de screening de pacientes con tratamiento antipaludicos.
- Se realizarán sesiones informativas en el Servicio para informar convenientemente de todo este proceso.
- Finalmente se incorporará el protocolo a la web, para su difusión.

INDICADORES
- Porcentaje de pacientes en tratamiento con antipaludicos de síntesis a los que se les ha realizado correctamente el screening.
- Control de las pruebas realizadas, y valoración de su resultado.
- Porcentaje de pacientes a los que se les inicia tratamiento con antipaludicos en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para realizar el screening.
Porcentaje de pacientes en tratamiento con antipaludicos y en seguimiento en la consulta de Reumatología, que son remitidos al Servicio de Oftalmología para iniciar el protocolo.
- Procedimiento aprobado por la dirección y colgado en la intranet

DURACIÓN
Durante el transcurso de 2019, con fecha de finalización en el primer trimestre de 2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0352

1. TÍTULO

“PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN EN EL SCREENING DE LA TOXICIDAD OCULAR POR ANTIPALÚDICOS”

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0730

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE ESPERANZA REAL CORDERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MIRAVETE GONZALEZ ELENA
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un manual de procedimientos de administración de tratamientos, que ha sido revisado por los oncólogos y la Unidad de Calidad, siendo aprobado por la dirección y colgado en la intranet del sector. Este manual se elaboró en 2016 y hemos realizado una revisión "B" en 2017 con nuevas actualizaciones.

- Se ha informado al personal de nueva incorporación de la existencia del manual y del modo de utilización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nombre del Indicador : Disponibilidad del manual actualizado en la intranet del sector Alcañiz.

Valor (resultado cuantitativo) del Indicador : Sí

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

_El manual es muy valorado por el personal que trabaja en el hospital de día, sobre todo para el de nueva incorporación proporcionándole seguridad y confianza en el trabajo realizado, evitando errores y aportando mayor seguridad en la administración del tratamiento y en la atención al paciente.

_Sirve también como método de consulta para el personal ajeno a la unidad (hospitalización).

7. OBSERVACIONES.

El servicio que lo ha realizado es el Hospital de Día (oncología), no oncología radioterápica, para subsanar el consiguiente error.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/730 ===== ***

Nº de registro: 0730

Título
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Autores:
REAL CORDERO ESPERANZA, MIRAVETE GONZALEZ ELENA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, PEREZ ANGOSTO ESTHER, ROMERO ARASANZ EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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

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

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0730

1. TÍTULO

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ADMINISTRACION DE TRATAMIENTOS EN EL HOSPITAL DE DIA

Con la reciente creación de Hospital de Día como unidad, no existe un manual que recoja de manera unificada y actualizada todos aquellos procedimientos, técnicas y tratamientos que actualmente se realizan en dicha unidad. Así mismo, el personal nuevo que acude a la unidad no tiene un referente escrito de todo aquello que se realiza y de todo lo que puede consultar de manera fácil, como herramienta de formación.

RESULTADOS ESPERADOS

Tener un material de consulta disponible, unificado, fácil y accesible, que se encuentra en la unidad y en la web del hospital, donde el personal actualice y consolide todos aquellos conocimientos, procedimientos y tratamientos que se llevan a cabo actualmente en el HGD; de manera que se trabaje de manera consensuada y protocolizada, evitando errores, rentabilizando el tiempo y consiguiendo mayor seguridad en la atención al paciente.

MÉTODO

- Revisión de protocolos y actualización de los mismos.
- Revisión de esquemas de quimioterapia.
- Elaboración del manual.
- Publicación del manual en la unidad y en la Intranet del hospital.

INDICADORES

Consulta rápida y actualizada de procedimientos y actividades, de manera segura y consensuada por todo el personal; evitando así dudas, pérdida de tiempo por ello y ganado en seguridad hacia el paciente y hacia el propio personal.

DURACIÓN

Octubre y Noviembre 2016: revisión de protocolos y actualización de los mismos. Revisión de esquemas de quimioterapia

Diciembre 2016: Elaboración del manual

Enero 2017: Publicación del manual en la unidad y en la web del hospital

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0898

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIMENO PEREGRIN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACIÓN DE UN INFORME MÉDICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS DE PRIMER DÍA EN LA CONSULTA DE ONCOLOGÍA MÉDICA.
ACTUALIZACIÓN DE DICHO INFORME EN SITUACIONES IMPORTANTES DE LA ENFERMEDAD (DERIVACIÓN A OTROS SERVICIOS, VALORACIÓN POR UN COMITÉ DE TUMORES DE OTRO HOSPITAL, DERIVACIÓN AL ESAD O ALTA MÉDICA).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN LA ACTUALIDAD SE HA ALCANZADO EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL PROYECTO:
PORCENTAJE DE PRIMERAS VISITAS CON INFORME MÉDICO: 100%.
ADEMÁS, ES NORMA HABITUAL EN EL SERVICIO, LA ACTUALIZACIÓN DE DICHO INFORME EN LAS SITUACIONES MÁS IMPORTANTES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DICHO PROYECTO IMPACTA POSITIVAMENTE EN LA ACTIVIDAD REALIZADA POR EL MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA, SERVICIO DE URGENCIAS Y OTROS ESPECIALISTAS IMPLICADOS EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON CÁNCER, AL DISPONER DE LA INFORMACIÓN MÁS RELEVANTE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO A TRAVÉS DE LA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/898 ===== ***

Nº de registro: 0898

Título
OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, CORRAL SUBIAS MONICA, GIMENO PEREGRIN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es bastante habitual que el paciente oncológico haga uso de distintos Servicios del sistema de salud como: Atención Primaria, Urgencias hospitalarias, Urgencias en domicilio y otras Especialidades. Para un manejo integral de estos pacientes es imprescindible conocer los datos más importantes de su enfermedad oncológica así como los tratamientos a los que está sometido.

RESULTADOS ESPERADOS
Facilitar la trazabilidad en la historia clínica de los pacientes oncológicos para mejorar la accesibilidad a la información clínica más relevante de dichos pacientes.

MÉTODO
Realizar un INFORME MÉDICO por parte del oncólogo en el momento de la primera visita, el alta, la derivación al ESAD o cualquier otro evento relevante en la evolución del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0898

1. TÍTULO

OPTIMIZAR EL ACCESO A LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

INDICADORES

Porcentaje de primeras visitas con informe médico por parte del oncólogo.
Fuente: muestreo de historias de un período determinado a partir de los listados de consulta.

DURACIÓN

Enero 2017: inicio implantación.
Junio 2017: Fin de la implantación a la vista de los resultados de la medición del indicador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0171

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE NIEVES GALAN CERRATO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORDOÑEZ FERRER MARIA DEL MAR
CRUZ DAUDEN ALEJANDRO
REAL CORDERO ESPERANZA
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha realizado un seguimiento hasta el final de la vida del paciente oncológico.
- El éxito de dicha coordinación viene de la mano de los servicios implicados en cuidados de soporte al final de la vida, equipo de soporte domiciliario (ESAD) y del equipo completo del servicio de oncología médica.
- Se ha realizado una correcta comunicación con familiares y apoyo asistencial hasta el final de la vida.
- Los recursos necesarios: Recursos dentro de la práctica clínica habitual. No consumo de recursos materiales.
- Se ha incluido llamada telefónica a los familiares y /o paciente para adecuar el control de síntomas hasta el final de la vida. Se ha contribuido en la adecuación del soporte con recomendaciones de orientación de tratamiento sólo en caso de existir dudas por parte del equipo de oncología y/o ESAD.
- Se han incluido visitas médicas y enfermería de control de síntomas sin realizar alta médica en el servicio de oncología médica, cuando el paciente sólo ha requerido cuidados paliativos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Control de síntomas del paciente oncológico, familiares y satisfacción del equipo asistencial.
disminución de ingresos hospitalarios en caso de correcto control de síntomas en domicilio
Respeto de los deseos del paciente al final de la vida.
Apoyo en la primera fase de duelo en los familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El control de síntomas del paciente oncológico al final de la vida, incluye un vínculo entre el servicio de oncología y aquellos servicios implicados con son ESAD, médicos de atención primaria, residencias, hospitalización... El correcto apoyo asistencial deriva en una disminución de ingresos hospitalarios innecesarios, así como respeto en las decisiones del final de la vida, como puede ser elegir fallecer en un ambiente domiciliario en aquellos casos en los que se pueda realizar.
El apoyo del equipo en el duelo de los familiares se puede realizar también con la implicación del servicio de oncología además de los servicios que ya tienen protocolarizado dicho procedimiento, como el ESAD.

7. OBSERVACIONES.

La principal limitación es la falta de tiempo asistencial para cada paciente, por lo que la implicación del equipo de oncología es la clave para realizar el apoyo hasta el final de la vida.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/171 ===== ***

Nº de registro: 0171

Título
ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Autores:
GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, ORDOÑEZ FERRER MARIA MAR, CRUZ DAUDEN ALEJANDRO, REAL CORDERO ESPERANZA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo Ambos sexos
Edad Adultos
Tipo Patología Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .. Crónico complejo
Tipo de Objetivos .. Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0171

1. TÍTULO

ADECUACION DEL SOPORTE AL FINAL DE LA VIDA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

JUSTIFICACIÓN:

El paciente oncológico en situación terminal, es derivado al servicio de cuidados paliativos domiciliario en la mayoría de los casos. El problema actual y la tendencia de los hospitales es hacia la desvinculación de los cuidados al final de la vida. Desvinculación entre el servicio de oncología y el servicio de cuidados paliativos domiciliario, que incluye el proceso de duelo de los familiares.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL:

1. Adecuación del cuidado del paciente y familiares al final de la vida, incluyendo proceso de duelo.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

1. Ayuda en toma de decisiones al final de la vida

MÉTODO

MATERIAL:

El plan de comunicación entre los servicio de cuidados paliativos a domicilio y el servicio de oncología médica se realizará de dos maneras:

1- Visitas o reuniones periódicas, con una periodicidad bimensual.

En cada reunión de ambos servicios, se abordarán temas como dificultades del manejo de síntomas en domicilio, planificar ingresos puntuales, evitar ingresos hospitalarios innecesarios y/o pruebas innecesarias.

2.- Contacto telefónico en caso de mal control de síntomas

3- Contacto telefónico en caso de fallecimiento del paciente, para que su equipo médico pueda ayudar en el proceso de duelo.

INDICADORES

RESULTADOS Y EVALUACIÓN:

1. Registro de ingresos hospitalarios programados y urgentes de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.

2. Registro de llamadas para manejo de síntomas de pacientes en cuidados paliativos domiciliarios.

3. No podemos objetivar el grado de satisfacción de los familiares en el proceso de duelo del paciente.

Realizaremos un registro de aquellos pacientes que siguen cuidados domiciliarios hasta el fallecimiento del paciente que incluyan al menos una llamada telefónica por parte del servicio de oncología médica y/o de su oncólogo de referencia.

DURACIÓN

CRONOLOGÍA:

El periodo previsto para la realización del proyecto es de un año.

Periodo de implantación: 1 mes, hasta la formalización del mismo con la reunión de los servicios implicados.

(Hospital San Juan de Dios ayuda a domicilio y Servicio de oncología médica Hospital de Alcañiz).

Comunicación: prevista comunicación oral al congreso de calidad de Aragón junio 2018 para extrapolar el proyecto a otros servicios.

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES.

el fin de dicho proyecto es crear un circuito donde el paciente oncológico que es derivado a cuidados paliativos domiciliarios no se establezca fuera del marco del contexto donde ha sido tratado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0172

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GALAN CERRAYO NIEVES
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
ARMAS PEREIRA SUSANA
SALVO INGLES NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

HEMOS REALIZADO EL FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA DAR A LOS PACIENTES QUE RECIBEN INMUNOTERAPIA Y SE LO ESTAMOS DANDO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL ESTANDAR ES DAR ES EXPLICAR Y DAR EN LA CONSULTA EL FOLLETO INFORMATIVO; COSA QUE SE ESTÁ HACIENDO YA DE MANERA PROTOCOLARIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL FOLLETO ES CLARAMENTE BENEFICIOSO NO SÓLO PARA EL PACIENTE QUE PUEDE CONSULTAR DATOS DE ALARMA EN RELACIÓN CON SU TRATAMIENTO, SINO QUE PARA EL MAP Y EL SERVICIO DE URGENCIAS, ENTRE OTROS, QUE PUEDEN SABER QUE TRATAMIENTO, TOXICIDADES, DATOS DE ALARMA Y PAUTAS TIENEN QUE SEGUIR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/172 ===== ***

Nº de registro: 0172

Título
INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

Autores:
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN, ARMAS PEREIRA SUSANA, SALVO INGLES NATIVIDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACIÓN:
Los nuevos tratamiento de inmunoterapia administrados a los pacientes pueden llegar a provocar efectos secundarios moderados graves, cuyo tratamiento inicial es diferente a la toxicidad de los tratamiento citostáticos.
Las nuevas indicaciones de inmunoterapia en los diferentes tipos de tumores sólidos han cambiado durante el año 2017 y seguirán cambiando durante los próximos años.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0172

1. TÍTULO

INFORMACION DE EFECTOS SECUNDARIOS DE INMUNOTERAPIA PARA PACIENTE, FAMILIARES Y SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIA

OBJETIVOS:

1. Informar al paciente, familiares y al servicio de urgencias de los posibles efectos secundarios de los nuevos tratamientos administrados.
2. Recomendaciones de actuación urgente y pauta inicial de tratamiento.

MÉTODO

ACCIONES PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS:

- 1 - Crear hoja para entregar al paciente con:
 - el nombre del fármaco administrado
 - los efectos secundarios más frecuentes producidos por el mismo en los ensayos clínicos fase 3 de aprobación del mismo
 - las recomendaciones de tratamiento inicial.
- 2 - Notificar el cambio en el paradigma del tratamiento del cáncer al servicio de Urgencias hospitalaria. Se precisará una reunión informativa o sesión clínica entre los servicios de oncología médica y urgencias.

INDICADORES

INDICADORES DE EVALUACIÓN.

- registro de número de consultas a urgencias al año de efectos secundarios producidos por inmunoterapia en paciente oncológico.
- registro de ingresos hospitalario por toxicidad secundaria a inmunoterapia.

DURACIÓN

DURACIÓN. CRONOLOGÍA:

- Instauración durante el periodo de 2 meses.
- Reunión del servicio de oncología médica y del servicio de Urgencias del hospital de Alcañiz.
- De abril a mayo de 2018
- Registro de eventos durante 1 año de forma prospectiva.
- De mayo de 2018 a mayo de 2019

OBSERVACIONES

AMPLIACIÓN DEL PROYECTO:

Está previsto ampliar el proyecto a recomendaciones del paciente hematológico con tratamiento de inmunoterapia que requiera un manejo de toxicidades diferente a la toxicidad por quimioterapia.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0202

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JESSICA ORTI MOLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN
GALAN CERRATO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Se ha elaborado un póster tamaño A2 (594x 420 mm) dónde queda reflejado un algoritmo de actuación rápida en caso de extravasación de fármacos citostáticos, así como un cuadro diferenciando los distintos fármacos según su grado de agresividad tisular.

Ha sido revisado por Oncología médica, siendo aprobado por la Dirección.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha conseguido unificar la práctica en el trabajo diario.

-Se ha realizado una actualización del protocolo existente

-Facilita la práctica tanto a la gente del servicio como al personal de nueva incorporación o correturnos

-Fácil acceso y visualización rápida

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Muy valorado por el personal de Oncología ya que ha contribuido a unificar criterios y a disminuir el tiempo de actuación en un caso de urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/202 ===== ***

Nº de registro: 0202

Título
ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

Autores:
ORTI MOLES JESSICA, REAL CORDERO ESPERANZA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ALVAREZ PONCE MARIA CARMEN, ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, FERNANDEZ ALONSO EDGAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La extravasación de un fármaco citostático es una de las complicaciones más graves que conlleva la administración intravenosa de dichos fármacos debido a la negativa repercusión sobre la salud del paciente, por lo tanto es imprescindible un correcto establecimiento de las pautas de actuación y darlas a conocer al personal de nuestro servicio.

Dicho problema es algo poco frecuente en nuestro servicio por lo que el personal del Hospital de día del Hospital de Alcañiz precisa de una herramienta de fácil acceso a la que acceder ante tal problema.

RESULTADOS ESPERADOS

-DISMINUIR EL TIEMPO DE ACTUACIÓN ANTE EL ACONTECIMIENTO.
-AUMENTAR LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ADMINISTRADO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0202

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN POSTER PARA LA ACTUACION RAPIDA ANTE LA EXTRAVASACION DE UN FARMACO CITOSTATICO

- DISMINUIR LAS COMPLICACIONES EN EL PACIENTE
- AUMENTAR LA SEGURIDAD Y CONFIANZA DEL PROFESIONAL
- FACILITAR EL TRABAJO DEL PROFESIONAL

MÉTODO

- REVISIÓN DEL PROTOCOLO DEL SERVICIO
- UNIFICAR CRITERIOS DENTRO DEL EQUIPO
- REALIZACIÓN DE UN PÓSTER (TIPO ALGORITMO)

INDICADORES

- GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO (DE 0 5: 0 - POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
- CLARIDAD EN LA EXPOSICION DE LAS PAUTAS (DE 0 A 5: 0- POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)
- UTILIDAD DEL POSTER EN ELMOMENTO DE URGENCIA (DE 0 A 5 : 0 POCO SATISFECHO, 5: MUY SATISFECHO)

DURACIÓN

- MARZO 2018: REUNION DEL PERSONAL DEL SERVICIO PARA:
 - *REVISIÓN DEL PROTOCOLO EN COLABORACIÓN CON LOS FARMACEUTICOS
 - * REUNIR LOS DATOS NECESARIOS PARA EL PÓSTER
 - *ELABORACIÓN DEL BORRADOR DEL PÓSTER: LA RESPONSABLE DEL PROYECTO PRESENTARÁ UN BORRADOR DE PÓSTER QUE LO MANDARÁ POR CORREO ELECTRÓNICO AL RESTO DEL EQUIPO PARA SU EVALUACIÓN
 - *REALIZACIÓN DEL PÓSTER
- DICIEMBRE 2018: EVALUACIÓN DEL PROYECTO MEDIANTE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DEL SERVICIO.
- REVISIÓN DEL PÓSTER CADA VEZ QUE SE CAMBIEN LOS PROTOCOLOS.
- *

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1373

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 28/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ALVAREZ ALEJANDRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO
GALAN CERRATO NIEVES
ARIÑO ALBAJEZ ALICIA
ORTI MOLES JESSICA
ARMAS PEREIRA SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En la actualidad, se ha hecho una revisión de las principales guías de antiemesis en la sociedad oncológica y se está procediendo a la unificación de las pautas de antiemesis utilizadas en nuestro Servicio. Una vez unificadas, se procederá a la creación de dichos protocolos en el programa de farmacia y la elaboración de los "paquetes" de antiemesis en Hospital de día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un estudio de las recomendaciones actuales de las principales guías clínicas en antiemesis.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias a esta revisión, nos hemos dado cuenta de la variabilidad en las pautas de antiemesis utilizadas. Se ha visto como un punto favorable la unificación de dichas pautas de cara a facilitar el trabajo en la prescripción de los tratamientos oncológicos y en la administración de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1373 ===== ***

Nº de registro: 1373

Título
REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

Autores:
ALVAREZ ALEJANDRO MARIA, VEDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, GALAN CERRATO NIEVES, FERNANDEZ ALONSO EDGAR, ALONSO TRIANA YARA MARIA, ARIÑO ALBAJEZ ALICIA, ORTI MOLES JESSICA, ARMAS PEREIRA SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los tratamientos utilizados en Oncología tienen una serie de efectos secundarios entre los que se encuentran las náuseas y los vómitos. No todos los fármacos tienen el mismo riesgo emetógeno y según sea, la pauta utilizada de antiemesis puede variar. Por otra parte, en los últimos años hemos asistido a la incorporación de nuevos antieméticos lo que conlleva una modificación en dichas pautas de antiemesis. La estandarización de los esquemas de antiemesis se impone para simplificar el trabajo en Hospital de día, evitar errores, unificar criterios y ajustarlos a las principales guías oncológicas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar las pautas de antiemesis utilizadas en Hospital de Día de Oncología siguiendo las principales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1373

1. TÍTULO

REVISION Y PROTOCOLIZACION DE LAS PAUTAS DE ANTIEMESIS EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLOGICOS UTILIZADOS EN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA

guías oncológicas.

- Agrupar las pautas utilizadas según el riesgo emetógeno del tratamiento oncológico (alto riesgo, moderado riesgo, bajo riesgo y mínimo riesgo).
- Crear protocolos de antiemesis previo al tratamiento en el programa de prescripción electrónica de farmacia y asociarlos a los distintos esquemas de tratamiento.
- Elaborar "paquetes de antiemesis" para domicilio que se entregarán al finalizar el tratamiento en Hospital de Día a cada paciente. Dichos paquetes preelaborados, facilitarán el trabajo de enfermería y minimizarán la probabilidad de error y confusión. Asimismo, llevarán incorporada una pequeña explicación de la pauta para el paciente que será explicada en cada caso.

MÉTODO

- Sesiones conjuntas de los Servicios de Oncología y Farmacia en las que se revisen las principales guías oncológicas y se unifiquen criterios.
- Incorporación de los protocolos de antiemesis en el programa de prescripción electrónica.
- Elaboración de los "paquetes de antiemesis para domicilio" por parte de Enfermería de Hospital de Día.

INDICADORES

- Porcentaje de esquemas de tratamiento oncológico con su pauta de antiemesis correspondiente.
- Porcentaje de pacientes a los que se les entrega el "paquete de antiemesis para domicilio".

DURACIÓN

Año 2018 - 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0491

1. TÍTULO

GUIA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ESPERANZA REAL CORDERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORRAZ MIR INMACULADA
PEREZ GUILLEN CRISTINA
BERNARDO BAYON ELENA
RUIZ HERNANDEZ CARMEN
DOSSANTOS PONZ ANABEL
RODA ARTAL MARTA
ROCA PONZ PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Sesion clinica dirigida a todo el personal del hospital sobre la sensibilizacion en cuidados paliativos.
-Creacion de un grupo de trabajo de enfermeras y tcaes (una de cada servicio del hospital) con reuniones mensuales, donde se trataban temas realionados con la practica diaria relativa a los cuidados paliativos.
-Elaboracion de una guia de consulta sobre cuidaddos paliativos.
-Implantacion de la guia dentro de cada servicio por parte de las colaboradoras del grupo de trabajo, mediante una sesion clinica en cada unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La guía ha sido bien aceptada por todo el personal del hospital.
Conocimiento de la persona de apoyo dentro de cada servicio en relacion a dudas sobre pacientes o los cuidados a realizar.
La guía también ha sido difundida a nivel de atención primaria para su consulta.
La guía ha sido incorporada a la intranet para su consulta virtual además de tenerla en los servicios en formato papel.
Mayor coordinación entre la enfermería de los diferentes niveles asistenciales (de especializada a primaria), además de los propios del hospital, ej: de planta a hospital de día o Hospitalización a domicilio.
Petición al Esad para rotación por parte de las enfermeras de apoyo de cada servicio.
Petición al servicio de formación continuada para lka realizacion de cursos en el hospital (pendientes de realizarse)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha valorado muy positivamente la necesidad de abordar la formación en cuidados paliativos y el tener un documento de consulta facil y accesible dentro de cada servicio.
Se ha mostrado mucho interes por parte de enfermería en la necesidad de formación, esta cuestión nos queda pendiente de ser realizada en el transcurso de los proximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/491 ===== ***

Nº de registro: 0491

Título
GUIA DE ENFERMERIA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
REAL CORDERO ESPERANZA, BORRAZ MIR INMACULADA, PEREZ GUILLEN CRISTINA, BERNARDO BAYON ELENA, RUIZ HERNANDEZ CARMEN, DOSSANTOS PONZ ANABEL, RODA ARTAL MARTA, ROCA PONZ PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0491

1. TÍTULO

GUIA DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS PALIATIVOS. HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados paliativos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Son muchos los pacientes que ingresan en nuestro hospital que requieren de cuidados paliativos. Tras la creación del comité de cuidados paliativos del área de Alcañiz, se determinó la necesidad de la sensibilización en este ámbito y por parte de enfermería la formación y sobre todo la unificación de criterios a la hora de aplicar estos cuidados de manera estandarizada en cualquier servicio del hospital. De igual manera al no haber un servicio ni camas específicas donde ingresan este tipo de pacientes en nuestro hospital, pudiendo por ello ser ingresado en cualquier planta de hospitalización, se crea la necesidad de prestar los mismos cuidados a estos pacientes acordes con su situación debido a la enfermedad, muchos de ellos ya reciben cuidados paliativos en sus domicilios y una vez ingresados en el hospital es fundamental la continuidad de estos cuidados. A su vez, la enfermería de nuestro hospital, al ser un hospital de agudos y comarcal, manifiesta el estar poco formada en cuidados paliativos ya que no son específicamente los cuidados que se brindan en sus servicios, generando en el personal de enfermería inseguridad y no satisfacción en el cuidados de estos pacientes. Este desconocimiento junto con la delicada situación de estos enfermos, crea la sensación en la enfermería de poder hacer algo más, y el deseo de brindar unos cuidados de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear conciencia de cuidados paliativos.
- Adquirir conocimientos básicos por parte del personal de enfermería sobre cuidados paliativos.
- Unificar criterios de cuidados paliativos entre el personal de enfermería.
- Brindar cuidados paliativos a los enfermos candidatos a ellos, ingresados en nuestro hospital, independientemente del servicio donde ingresen.

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo de enfermeras y tcaes, donde a partir de reuniones se debatan cuestiones sobre los cuidados paliativos, se determinen necesidades de formación, se profundice en el conocimiento de estos, se resuelvan dudas, etc.
- Se creará una red de enfermeras y tcaes en el hospital (una enfermera y tcae por servicio), que sirvan de referentes, apoyo, promotora de estos cuidados, y que informa al resto del personal de su servicio sobre la aplicación de estos cuidados. De esta forma se creará la figura de formador de formadores.
- Se elaborará una guía básica de enfermería en cuidados paliativos, accesible en todos los servicios, de manera que sirva de consulta rápida.

INDICADORES

- La realización de una guía accesible de consulta de cuidados paliativos para enfermeras.
- Realización de un check-list de cumplimiento de captación y realización de enfermos y cuidados.

DURACIÓN

- Reuniones periódicas mensual o bimensual del grupo de trabajo (a partir de febrero/ 2019).
- Elaboración de la guía.
- Implantación de la guía en los servicios.
- Sesiones clínicas de sensibilización sobre cuidados paliativos, además de dar a conocer la guía como método de consulta rápida (varias al año, junto con las realizadas por el comité de cuidados paliativos del hospital).

OBSERVACIONES

La guía será revisada por la dirección, el servicio de calidad y servicio de medicina interna del hospital.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0827

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFRO-PROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN ANTONIO VERDUN AGUILAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALEJANDRE IGNACIO
BIELSA GRACIA SARA
GRACIA GARCIA OLGA
CRESPO AVELLANA MANUEL
MARCILLA CORDOBA FRANCISCO
ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado en 2019 9 ingresos para nefroprotección; todos ellos procedentes del Servicio de Oncología

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº total de nefroprotecciones realizadas/ nº total de nefroprotecciones solicitadas 100%

Nº total de ingresos por Nefroprotección/nº total de ingresos en HaD por cualquier motivo 2,5%

Grado de satisfacción de los Profesionales que solicitan para sus pacientes ingreso en HaD para nefroprotección: muy satisfecho

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Buen funcionamiento de la vía clínica
- Todos los ingresos (9) procedían de oncología
- La estancia media fue de 2 días
- No hubo complicaciones durante el ingreso
- No hubo agravamiento de la función renal tras la prueba
- Queda pendiente promocionar la vía clínica entre otros servicios (fundamentalmente quirúrgicos).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/827 ===== ***

Nº de registro: 0827

Título
VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFROPROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

Autores:
VERDUN AGUILAR JUAN ANTONIO, PRADES ALQUEZAR PILAR, LOPEZ ALEJALDRE IGNACIO, BIELSA GRACIA SARA, GRACIA GARCIA OLGA, CRESPO AVELLANA MANUEL, MARCILLA CORDOBA FRANCISCO DE ASIS, ALASTRUE DEL CASTAÑO VIOLETA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con insuficiencia renal + proceso crónico neoplásico y/o infeccioso
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hemos detectado numerosas incidencias en nuestro hospital relacionados con los pacientes con problemas clínicos crónicos (tumorales, infecciosos...) que precisan de la realización de pruebas de imagen con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0827

1. TÍTULO

VIA CLINICA PARA LA REALIZACION DE NEFRO-PROTECCION AMBULATORIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA QUE PRECISAN DE LA REALIZACION DE PRUEBAS DE IMAGEN CON CONTRASTES YODADOS

contraste, que al llegar a radiología se decide rechazar la prueba con contraste para evitar fracaso renal agudo durante la realización de la misma. Esto tiene como consecuencia que muchos pacientes se les hacen las pruebas sin contraste con lo que se dificulta la toma de decisiones posterior por parte de los profesionales solicitantes de la prueba. La causa, creemos, que se debe a que no existe un protocolo de nefroprotección.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reducir el rechazo de realización de pruebas con contraste a estos pacientes
- Incrementar la seguridad en la realización de las pruebas reduciendo la probabilidad de fracaso renal agudo.

MÉTODO

Muchos pacientes que precisan seguimiento ambulatorio por un problema clínico crónico (tumoral, infeccioso o de etiología no filiada) necesitan de la realización periódica de pruebas de imagen con contraste iv. El contraste iv está contraindicado en pacientes con insuficiencia renal severa, debiéndose usar con precaución en los pacientes con insuficiencia renal leve-moderada; en éstos pacientes, en unas ocasiones se renuncia al uso de contraste iv (hecho que conlleva la pérdida de la calidad de la prueba y dificulta su interpretación para el radiólogo y para el Médico responsable) y en otras, se plantea un ingreso programado en planta de hospitalización para hacer nefroprotección antes de la prueba y así disminuir el riesgo de fracaso renal asociado al contraste. Proponemos la creación de una vía clínica para ofrecer a éstos pacientes y a sus médicos responsables, la posibilidad de realizar nefroprotección ambulatoria, con ingreso programado en Hospitalización a Domicilio.

Elementos que componen la vía clínica:

1. Servicios que participan en su implantación
2. Criterio de Selección de pacientes
3. Medios con los que realizar la Nefroprotección
4. Diseño del circuito

Se precisa coordinación entre los servicios de radiodiagnóstico, nefrología, oncología, hematología, medicina interna y hospitalización a domicilio. La vía clínica se desarrollaría en hospitalización a domicilio en un período de 3 días.

INDICADORES

- % de pacientes en los que se ha solicitado la prueba con contraste y que ha sido rechazada (<5 %)
- % de casos de fracaso renal agudo tras la realización de la prueba (<5%)
- Número total de nefroprotecciones realizadas x100 / Número de nefroprotecciones solicitadas

DURACIÓN

Inicio en tercer trimestre de 2019 y primeros resultados en tercer trimestre de 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1281

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

Fecha de entrada: 11/04/2018

2. RESPONSABLE FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Mayo 2017 Instalación de software y formación con registro en el programa otoaccess
Junio 2017 Inicio de la actividad
Enero 2018 Evaluación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de la audiometrías realizadas a partir de Junio de 2017 se grabaron en el servidor seguro

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva porque una vez aprendida la rutina de trabajo podemos acceder a las audiometrías simplemente sabiendo el nombre del paciente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1281 ===== ***

Nº de registro: 1281

Título
INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos: Informatización de registros gráficas de audiometría

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las audiometrías se guardan actualmente en formato de papel y queda archivadas dentro de la historia clínica de papel. Como su tamaño es pequeño, suelen extraviarse, y en historias grandes cuesta localizarlas.

RESULTADOS ESPERADOS
Evitar el extravío de los registros de audiometría/ favorecer su localización dentro de la historia clínica de papel mediante la creación de un registro informático específico.

MÉTODO
* Instalación de software OTOACCESS por parte del servicio de informática
* Conexión con el audiómetro
* Formación para el manejo del software

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1281

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE GRAFICAS DE AUDIOMETRIAS EN UN SERVIDOR SEGURO

INDICADORES

* % de pacientes a los que se ha realizado audiometría con registro en el programa otoaccess.

* Medición: Enero 2018.

* Estándar 100%

DURACIÓN

* Mayo 2017: Instalación de software y formación en el manejo del mismo

* Junio 2017. Inicio de actividad

* Enero 2018. Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0290

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA

Fecha de entrada: 31/01/2019

2. RESPONSABLE FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA
MILIAN RILLO ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto consistía en la digitalización de imágenes laríngeas patológicas en un servidor seguro, tomadas por fibroscopia y con el programa de captura de imágenes Mediacapture. Tras instalación y aprendizaje del manejo del software se comienza en el mes de Enero a capturar todas las imágenes patológicas que se aprecian en los pacientes al realizar la fibroscopia. Las imágenes son enviadas al Servicio de Anatomía Patológica, para que tenga una imagen macroscópica de la lesión al solicitar el estudio anatomopatológico de la biopsia realizada. Cuando se precisa derivación a tratamiento posterior a Hospital Miguel Servet, también remitimos la imagen.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 1% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture: Se almacenado las imágenes patológicas de todos los pacientes (100%) con imágenes sospechosas o susceptibles de realizar una biopsia posterior.00% de la imágenes patológicas se han digitalizado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El software nos permite múltiples ventajas:

- Proporcionar imágenes al Servicio de Anatomía Patológica para que tenga una imagen macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico, aumentando la precisión diagnóstica.
- Proporcionar imágenes en caso de derivación a tratamiento posterior a Hospital Miguel Servet junto con el informe anatomopatológico para que tenga una imagen macroscópica de la lesión en el momento del diagnóstico, mejorando la comunicación y la continuidad asistencial
- Las imágenes nos sirven de referencia para realizar un seguimiento posterior de las lesiones o del tratamiento realizado, mucho más preciso que los dibujos que realizábamos anteriormente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/290 ===== ***

Nº de registro: 0290

Título
INFORMATIZACION EN UN SERVIDOR SEGURO LAS IMAGENES PATOLOGICAS DE FIBROSCOPIA LARINGEA

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA, MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Inflamatoria de la laringe
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente las imágenes patológicas que vemos en la fibroscopia laríngea la dibujamos en la historia clínica. Lo que deseamos es que las imágenes patológicas se guarden en un servidor seguro y de esa manera ver la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0290

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE IMAGENES LARINGEAS PATOLOGICAS TOMADAS POR FIBROSCOPIA

imagen real y poder revisarla en la evolución

RESULTADOS ESPERADOS

Incluir en un Servidor seguro todas las imágenes patológicas de la fibroscopia laríngea

MÉTODO

Instalación de software Medi-Capture por parte del Servicio de informática

Conexión con el Fibroscopio

Formación para el manejo del Software

INDICADORES

% de pacientes a los que se realiza fibroscopia laríngea y presentan imagen patológica y se realiza registro con el programa Medi-Capture

DURACIÓN

Mayo 2017 instalación de software Medi-Capture y grabarlo en un servidor seguro

Junio 2017 Inicio de la actividad

Enero 2018 Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0401

1. TÍTULO

CIRUGÍA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL CON MOTRO DESBRIDADOR

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE FERNANDO MOLINER PEIRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANZ ROMERO BEGOÑA
MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Compra de motor y microdesfibrilador (Febrero 2019)
- Formación específica (Marzo 2019)
- Comienzo de actividad en Abril 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado 15 intervenciones de cirugía endoscópica nasosinusal en el período. No se han registrado hemorragias post quirúrgicas. Hasta el momento no se han encontrado recidivas de pólipos aunque todavía no se ha cumplido el plazo de un año. El promedio de tiempo utilizado en la intervención está alrededor de la media hora La ahorrando entre 15 minutos a media hora respecto a la intervención tradicional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La adopción de la nueva técnica nos ha permitido desarrollar la cirugía endoscópica nasosinusal en menos tiempo, con menos molestias al paciente sin complicaciones postoperatorias relevantes. Hasta el momento no se han producido recidivas de los pólipos, aunque no ha transcurrido todavía el período de un año desde la primera intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/401 ===== ***

Nº de registro: 0401

Título
CIRUGIA ENDOSCOPICA NASONINUSAL (CENS) CON MICRODEBRIDADOS

Autores:
MOLINER PEIRO FERNANDO, SANZ ROMERO BEGOÑA, MILIAN RILLO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Poliposis nasosinusal y Sinusitis crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente la CENS (cirugía endoscópica nasosinusal) se realiza en el Hospital de Alcañiz mediante endoscopia y el manejo de pinzas estándar. Actualmente existe tecnología que nos permite realizar la técnica de forma más rápida, segura y eficaz con un motor y un microdesfibrilador, que permite mejor visión del campo operatorio (el microdesfibrilador está conectado a un irrigador y un aspirador) con un mejor control de la apertura de las celdas etmoidales, espaciando las recidivas de los pólipos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar las intervenciones en menos tiempo
- Evitar complicaciones (hemorragias y apertura de la órbita, fundamentalmente)
- Retrasar las recidivas de los pólipos por mejor exéresis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0401

1. TÍTULO

CIRUGÍA ENDOSCOPICA NASOSINUSAL CON MOTRO DESBRIDADOR

MÉTODO

- Formación en el manejo del aparato
- Aplicación a todas las cirugías nasosinusales (poliposis y sinusitis crónicas fundamentalmente)

INDICADORES

- % pacientes con hemorragias post quirúrgicas en el post operatorio
- % de pacientes que experimentan recidiva del pólipos antes de un año

DURACIÓN

Inicio 1 de Enero de 2019
Finalización 31 de Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDEN RUEDA CLAUDIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GAIBAR ANGUERAS PILAR
MARTINEZ SORIANO MARIA
SERRET GASCON LAURA
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
ALCAÑIZ BLADE SANDRA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha monitorizado las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos mediante registro en la hoja de constantes. Y además se ha evaluado la existencia o no de razones medicas aceptables para la indicación de tales suplementos
Se ha registrado, la forma de alimentación de los RN en el momento del alta, prestando especial interés a la tasa de lactancia materna exclusiva

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha podido comprobar que el 80.6% de los RN se van de alta con LM exclusiva y un 18% con lactancia mixta, como es esperable en un Hospital IHAN. Las indicaciones de suplementos por razones medicas han sido realizadas de forma correcta en el 100% de los casos, sin embargo la mayoría de suplementos han sido solicitados por los padres (64.5%), sin indicación medica. Aunque se pudieron retirar antes del alta el 38% de los mismos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El principal punto de mejora tras la realización de esta evaluación será favorecer la trasmisión de informacion adecuada a los padres para que puedan valorar la necesidad de iniciar formula artificial. Ofreciendo de manera clara la posibilidad de conocer los beneficios de la lactancia materna. Ya se dispone de documentos escritos sobre el tema y el personal sanitario colabora de forma adecuada pero quizás se debería de disponer de otros materiales alternativos mas accesibles. Desde el servicio de pediatría se ha iniciado también la colaboración con un grupo de lactancia, del que habrá que valorar su efectividad en próximos estudios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/138 ===== ***

Nº de registro: 0138

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GAIBAR ANGUERAS PILAR, MARTINEZ SORIANO MARIA, SERRET GASCON LAURA, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, ALCAÑIZ BLADE SANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

La leche humana es el alimento de elección durante los 6 primeros meses de la vida para todos los niños, incluidos prematuros, gemelos y niños enfermos, salvo rarísimas excepciones y se debería prolongar al menos durante todo el primer año y más allá de dicha edad si lo desean tanto la madre como el niño. La leche humana es sin duda la más adecuada y es especie específica; alimentar a los niños con otra leche es alimentarlos con sucedáneos que a pesar de los diseños sofisticados y de su precio elevado, están muy lejos de poder ofrecer todas las ventajas de la leche de madre. La leche de madre tiene un impacto beneficioso en la salud del niño, en el crecimiento y desarrollo, en la inmunidad, en aspectos psicológicos, sociales, económicos y medioambientales.

La prevalencia y duración de la lactancia materna en todos los países europeos está muy por debajo de lo recomendado por la OMS

La realidad es que en España se ha perdido casi por completo la cultura de la lactancia materna, cualquier llanto del niño se interpreta como que "pasa hambre", "no se tiene suficiente leche" y por tanto se le añaden suplementos con sucedáneos de leche de madre. Esta práctica tan habitual y que se hace casi de forma rutinaria tiene consecuencias catastróficas para la lactancia materna, se disminuye el número de veces que mama el niño y como consecuencia, se disminuye la producción de leche materna

RESULTADOS ESPERADOS

- Monitorización de las indicaciones de suplementos de sucedáneos de la leche materna en los recién nacidos
- Evaluar la existencia o no de razones médicas aceptables para la indicación de los suplementos de sucedáneos de la leche materna

- Mejorar las tasas de lactancia materna exclusiva al alta de la maternidad

No se deben administrar suplementos (agua, suero glucosado, sucedáneo de leche de madre, zumos, etc.) cuando se está instaurando la lactancia ni posteriormente, si no es que están médicamente indicados. Por tanto, conocer cuáles son las causas de la indicación de suplementos nos permitiría evitar situaciones que se podrían resolver identificando el problema existente, si es que lo hay, en relación con la lactancia materna y orientar a la madre sobre el manejo de la situación. La madre es quien debe decidir como alimentar a su hijo, pero los profesionales sanitarios debemos asumir la responsabilidad de que esta decisión se tome sobre las bases de una información adecuada y prestar el apoyo necesario para que la lactancia sea una experiencia exitosa.

MÉTODO

Existe un número pequeño de condiciones de salud del recién nacido y de la madre que podría justificar que se recomendará no amamantar de manera temporal o permanente. Estas condiciones, que afectan a muy pocas madres y sus bebés, se mencionan a continuación.

La OMS y UNICEF desarrollaron esta lista de razones médicas originalmente como anexo al paquete de herramientas de la

Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) en 1992 y acordaron actualizar esta lista considerando que desde 1992 empezó a disponerse de nuevas pruebas científicas y que además se estaba actualizando el paquete de la IHAN.

AFECCIONES INFANTILES

-Lactantes que no deben recibir leche materna ni otra leche excepto fórmula especializada

- Lactantes con galactosemia clásica
- Lactantes con enfermedad de orina en jarabe de arce.
- Lactantes con fenilcetonuria

-Recién nacidos para quienes la leche materna es la mejor opción de alimentación pero que pueden necesitar suplementos de fórmula de inicio:

- Lactantes nacidos con peso <1500gr o <32 semanas de EG
- Recién nacidos con riesgo de hipoglucemia (prematuros, PEG, EHI, hijo de madre diabética)
- Pérdida ponderal excesiva: >10% de su peso en RNT y >12,5% de su peso en RNPT

AFECCIONES MATERNAS.

-Lactancia materna contraindicada:

- Infección por VIH1: si la alimentación de sustitución es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura
- Afecciones maternas que podrían justificar que se evite la lactancia temporalmente
- Enfermedad grave materna
- Herpes simplex Tipo I (se debe evitar contacto directo entre las lesiones y la boca del bebé)
- Medicación materna: valorar la compatibilidad con lactancia en e-lactancia.org

Por tanto se adjuntará en la historia de cada recién nacido un listado de estas razones médicas, de forma que el profesional que pauté el suplemento determinará cuál ha sido la causa de la indicación del mismo, el tipo de suplemento utilizado y su duración

INDICADORES

- Evaluación al alta del tipo de alimentación del RN
- Identificación en la historia clínica del RN de la presencia de razones médicas aceptables para la indicación de sucedáneos de leche materna

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0138

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA INDICACION DE SUPLEMENTOS DE FORMULA DE INICIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

DURACIÓN

Revisión de los indicadores en un periodo de tres meses desde el inicio de dicho proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
OCHOA GOMEZ LAURA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GARCIA LORENTE CONCEPCION
SANCHEZ GIMENO JAVIER
PALOMAR JOVEN MARTA
PONS GODES INMACULADA
ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se entregaron durante 3 meses a todos los pacientes ingresados en la planta de pediatría un libro de acogida que se adjunta en el archivo anexo I donde se les ofrecía información acerca del funcionamiento de la Planta, los profesionales que forman el Servicio, las normas de comidas y horarios... así mismo, en el momento de entrega se hacía énfasis de la presentación del médico responsable del ingreso que sirvió como indicador de la calidad del presente proyecto. Al finalizar el ingreso del paciente se entregaba un cuestionario (se adjunta como archivo anexo II) para valorar el cumplimiento de los indicadores y la satisfacción percibida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se entregaron un total de 167 libros de acogida y un total de 154 cuestionarios pues en alguna ocasión el paciente abandonaba la planta antes de ser entregado. Fueron devueltos un total de 84 cuestionarios (50,3%) en un buzón preparado para tal efecto.
Al 100% de los pacientes con su familia se les presentó el médico responsable del ingreso en el momento del mismo explicando los motivos de este. Al 94% de los mismos se les resolvieron todas las dudas respecto al funcionamiento de la Planta. El 100% de los pacientes y sus familias se manifiestan satisfechos de haber recibido el libro de acogida y también consideran positiva la iniciativa puesta en marcha a la vez de permitir el acceso a los menores de 12 años para visitar en un tiempo máximo de 30 minutos a los pacientes ingresados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a la buena aceptación del libro de acogida y a sus buenos resultados obtenidos se prorrogó la entrega del mismo durante todo el año 2017 y se prevé la continuidad de este durante todos los ingresos a cargo del Servicio de Pediatría pues mejora la calidad de la asistencia mejorando la información otorgada al paciente y a sus familiares.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/191 ===== ***

Nº de registro: 0191

Título
IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

Autores:
ORDEN RUEDA CLAUDIA, OCHOA GOMEZ LAURA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GARCIA LORENTE CONCEPCION, SANCHEZ GIMENO JAVIER, PALOMAR JOVEN MARTA, PONS GODES INMACULADA, ESPALLARGAS PEDROS MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que requieran ingreso
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

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

PROBLEMA

Todo cambio en el estado de salud de las personas, más aún en los pacientes pediátricos, máxime si va asociado al ingreso en un centro hospitalario, puede producir en el paciente y familia sentimientos de miedo, ansiedad e incertidumbre. Cualquier persona al entrar en contacto con un entorno desconocido, desvinculado de su medio habitual y en situación de vulnerabilidad, ha de adaptarse a su nuevo rol y establecer nuevas relaciones interpersonales.

El primer contacto con los profesionales sanitarios es un momento clave que puede condicionar la actitud del paciente y familia durante el resto de la hospitalización y su grado de satisfacción. Por ello, la interacción que se establece en el proceso de acogida ofrece oportunidades para desarrollar la relación de confianza profesional-paciente facilitando la comunicación entre ellos, así como su integración en el entorno hospitalario.

La literatura científica aporta evidencia sobre los aspectos relevantes a tener en cuenta dentro del plan de acogida del paciente. Existen trabajos que avalan la importancia de la información y la comunicación como elementos clave para salvar las barreras entre paciente y profesional sanitario, o el incremento en el grado de satisfacción de los usuarios después de una acogida protocolizada.

Todo lo anteriormente expuesto justifica la elaboración e implementación de un libro de acogida del paciente para el Servicio de Pediatría del Hospital de Alcañiz.

Su desarrollo deberá centrarse en una serie de aspectos fundamentales, como la empatía, el respeto y la comprensión, reforzado por actitudes de tolerancia y falta de prejuicios que refuercen la comunicación, y generen en el paciente un clima de seguridad y confianza hacia las personas que le atienden y la institución a la que acuden para su asistencia. Sin olvidar que en un mundo global, la diversidad cultural nos obliga como profesionales sanitarios a establecer una relación apropiada con pacientes procedentes de otras culturas, eligiendo estrategias de comunicación en función de su sistema cultural de creencias.

La praxis de los cuidados comienza con la presentación del médico responsable del ingreso y la valoración de enfermería de la metodología de cuidados, garantizando que se cubren las necesidades y expectativas del paciente y familia.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal

Facilitar la integración del paciente, familia y/o acompañante en el entorno hospitalario con un trato personalizado, humano y respetuoso.

Objetivos específicos

Proporcionar la información mínima necesaria, manteniendo una comunicación efectiva.

Realizar la valoración de enfermería al ingreso del paciente que permita identificar problemas de salud para la elaboración del plan de cuidados, en las primeras 24h.

Proporcionar un entorno de seguridad al paciente, familia y/o acompañante.

MÉTODO

El personal vinculado con la planta de Pediatría, pediatras, enfermeras, auxiliares, celadores se comprometen a entregar el libro de acogida originado en formato A-4 a todos los familiares de los pacientes pediátricos ingresados donde se facilitarán además el funcionamiento del Servicio para afianzar la confianza paciente-personal sanitario.

INDICADORES

Indicador 1: Presentación del médico responsable del ingreso acogiendo al paciente pediátrico y a sus familiares en el primer momento tras la decisión de la hospitalización.

Indicador 2: Entrega por parte del personal de la planta de Pediatría del libro de acogida realizado para tal efecto.

Se realizará un cuestionario al alta para comprobar el cumplimiento de ambos indicadores de calidad.

DURACIÓN

Este proyecto se iniciará el 1 de Diciembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre. Posteriormente se evaluará si existe sensación de mejora en cuanto a la acogida y a la atención por parte de los familiares de los pacientes pediátricos ingresados a través de un cuestionario y se propondrá la prórroga de dicho proyecto si se expresa la mejora de la atención gracias al libro de acogida entregado.

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 - 2016/0191

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN LIBRO DE ACOGIDA PARA FAMILIARES DE LOS PACIENTES PEDIATRICOS INGRESADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA OCHOA GOMEZ
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H ALCANIZ
 · Localidad ALCANIZ
 · Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
 · Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 CLAVERO MONTAÑES NURIA
 MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA
 SANCHO VIVES ESTHER
 BARRABES SANCHEZ MIRIAM
 TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA
 DOMINGO LOPEZ RAQUEL
 MOROTE TERCERO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante un periodo de 3 meses (1 de noviembre de 2016 al 31 de enero de 2017), se entregaron a las madres que eran dadas de alta de la maternidad una encuesta de carácter anónimo (12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna. Se adjuntó una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
 Durante el periodo de estudio se han registrado 116 partos, siendo el 50% de nacionalidad española, el 42,24% de nacionalidad magrebí y el 7,76% de Europa del Este. El 95,7% iniciaron LM, el 18,1% recibieron algún suplemento indicado medicamente o solicitado por padres y el 87,1% al alta se fueron con LM exclusiva.
 Hemos recibido un total de 65 encuestas (56,03%).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pregunta	Nº Encuestas contestadas	Nº Encuestas con respuesta esperada	% Encuestas con resultado esperado	Estándar	% Encuestas con resultado esperado
1. Mujeres que han recibido información durante el embarazo (Respuesta esperada c)	63	62	98,41%	E80%	R
2. Contacto piel con piel precoz tras el parto (Respuesta esperada, que no sea e)	62	62	100%	E:80%	
3. Contacto piel con piel con el padre si cesárea (Respuesta esperada Sí)	16	14	87,50%	E 80%	R
4. Ayuda con LM en las primeras 2h (Respuesta esperada Sí)	64	59	92,19%	E80%	
5. Alojamiento conjunto (Respuesta esperada Sí)	64	61	95,31%	E80%	
6. Apoyo con LM en la maternidad (Respuesta esperada Sí)	63	62	98,41%	E80%	
7. Se le ofreció ayuda con las técnicas de LM (Respuesta esperada Sí)	64	61	95,31%	E80%	80%
8. Se ofreció chupete (Respuesta esperada No)	61	58	95,08%	E80%	
9. Se ofreció suplemento sin motivo (Respuesta esperada No)	60	50	83,33%	E80%	
10. Modo de ofrecer suplemento (Respuesta esperada que no sea b)	27	24	88,89%	E80%	
11. Información Grupos de Apoyo (Respuesta esperada Sí)	58	43	74,14%	E80%	
12. Apoyo en el hospital con la LM tras el alta (Respuesta esperada Sí)	37	26	70,27%	E80%	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Baja adhesión a la realización de las encuestas (sólo el 56,03% ha realizado la encuesta), probablemente en relación con la alta tasa de población extranjera de nuestro hospital
 - Las madres usuarias de nuestro hospital parece que en general han sido bien informadas sobre LM; están bastante satisfechas con la asistencia durante el parto y durante su ingreso en la maternidad, sintiendo que reciben suficiente apoyo con la lactancia matern
 -Tendríamos que mejorar la información al alta sobre la existencia de Grupos de Apoyo y poder recibir ayuda en el hospital si se objetiva alguna incidencia con la LM

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/212 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Nº de registro: 0212

Título
MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, MONTAÑES BELLO ESTELA PAOLA, SANCHO VIVES ESTHER, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL, MOROTE TERCERO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidados del Embarazo, Parto y Lactancia materna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La lactancia materna es la alimentación más saludable en la infancia proporcionando beneficios a corto y largo plazo tanto al recién nacido como a su madre. La OMS y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses de vida y con alimentación complementaria hasta los 2 años o más.
Para promover la lactancia materna en los hospitales es muy importante llevar a cabo unas prácticas como son:
- Atención a las embarazadas: información acerca de los beneficios de la lactancia materna
- Atención al parto: permitir contacto piel-con piel precoz
- En la maternidad: ayuda en el aprendizaje de técnicas de lactancia, importancia de la lactancia a demanda, no dar suplementos no indicados médicamente, no ofrecer chupetes ni tetinas, permitir alojamiento conjunto, al alta de la maternidad poner en contacto con grupos de apoyo de la lactancia de la zona.

RESULTADOS ESPERADOS
La mejor forma de conocer la calidad de las prácticas hospitalarias es buscar indicadores no sólo de proceso, sino también de resultado. No es suficiente con informar y apoyar a las madres, o con modificar dichas prácticas, es fundamental comprobar que la asistencia que se ofrece a las embarazadas, madres y recién nacidos es adecuada durante el parto y la lactancia.
El objetivo de este proyecto es la monitorización de las prácticas en la asistencia al parto y la lactancia materna en nuestro hospital mediante el uso de encuestas de valoración/satisfacción a las madres usuarias del servicio materno-infantil de nuestro hospital.

MÉTODO
Los cuestionarios encuestas de valoración/satisfacción (que constarán de 12 preguntas) acerca de las practicas hospitalarias en la asistencia al parto y la lactancia materna se entregarán a las madres para que los rellenen antes del alta del servicio de maternidad del hospital. Se adjuntará una carta informativa a las madres explicándoles el motivo de la encuesta.
Tras recibir las encuestas cumplimentadas se analizarán los resultados y se cumplimentarán las hojas de auditoría con los indicadores.

INDICADORES
Tras la recogida de las encuestas se valorarán las respuestas de cada pregunta cumplimentando unas hojas de auditoría con los indicadores.
Indicador 1: Mujeres que han recibido información sobre lactancia materna durante el embarazo.
Indicador 2: Realización de Contacto piel con piel precoz tras el parto.
Indicador 3: Apoyo con la lactancia materna en la maternidad

DURACIÓN
Este proyecto se iniciará el 1 de Noviembre de 2016 y se llevará a cabo durante un trimestre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0212

1. TÍTULO

MONITORIZACION DE LAS PRACTICAS HOSPITALARIAS DE ATENCION AL PARTO Y LACTANCIA MATERNA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA PALOMAR JOVEN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ SORIANO MARIA
GARCIA LORENTE CONCEPCION
SERRET GASCON LAURA
ANDRES LOPEZ VANESA
INSA GOMEZ MARIA JOSE
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
COMAS MANAUTA EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración de una tabla de registro, donde se valoran los signos de amantamiento adecuado y los signos de posible dificultad en la toma al pecho. Evaluando la postura de la madre, del lactante y los signos de transferencia eficaz de leche.
Estos indicadores, tienen opción de cruceado, para ser más fácil su análisis.
2. Vigilancia por parte del personal, tanto enfermeras como TCAE, durante la estancia de la madre y el lactante en el hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la evaluación mediante la tabla de registro, durante el último trimestre del 2017. A un total de 108 madres con hijos nacidos en el hospital de Alcañiz, del total de 134 partos registrados. Con un 80.9% de cumplimentación.

1. Postura de la madre y del bebe:
- madre relajada y cómoda: 95'37%
- bebé en estrecho contacto con su madre.95'37%
- cabeza y cuerpo del bebe alineados, frente al pecho. 94.44%
- la barbilla del bebé toca el pecho. 88.8%
-Cuerpo del bebe bien sujeto. 90'74%
-El bebe se acerca al pecho con la nariz frente al pezón. 88.8%
- Hombros tensos, inclinados hacia el bebé. 3.7%
- Bebé lejos del cuerpo de la madre. 1.8%
- Cabeza y cuello del bebé girados.1.8%
-La barbilla del bebe no toca el pecho:1.8%
- Solo se sujetan la cabeza y el cuello del bebe.0%
- El bebe se acerca al pacho con el labio inferior/ barbilla frente al pezón.0.8%
-No hay contacto visual madre- bebe.0%

2. LACTANTE:

- Boca bien abierta. 94.4%
- Labios superior e inferior evertidos.93.51%
- La lengua rodea el pezón y la areola. 87.03%
- Mejillas llenas y redondeadas al mamar.85'18%
-Más areola visible por encima del labio superior.80.5%
-Movimientos de succión lentos y profundas, con pausas.78.9%
-Puede verse u oirse tragar al bebé.69.9%
- Boca poco abierta.3.70%
-Labios apretados o invertidos.3.70%
- No se ve la lengua.0.18%
- Mejillas hundidas al mamar.0%
- Más areola por debajo del labio inferior.0.18%
- Movimeintos se succión superficiales y rápidos.4.62%
-Se oyen ruidos de chupeteo o chasquidos.2.77%

3. SIGNOS DE TRANSFERENCIA EFICAZ DE LECHE.

- Humedad alrededor de la boca del bebe.72.2%
- El bebe relaja progresivamente brazos y piernas.69.9%
- El pecho se ablanda progresivamente. 35%
- Sale leche del otro pecho.16.6%
- La madre nota signos de reflejo de eyección. 17.5%
- El bebe suelta espontáneamente el pecho al finalizar la toma. 25.92%
-El bebe intranquilo o exigente, agarra y suelta el pecho intermitentemente.10.18%
-La madre siente dolor o molestias en el pecho o en el pezón.1.85%
-El pecho está rojo, hinchado, o dolorido. 1.85%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

- La madre no refiere signos de reflejo de eyección.12.96%
- La madre ha de retirar al bebé del pecho.2.77%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la observación directa en cada madre y lactante en cada toma por turno de trabajo, en los casos en los que la madre tenía o presentaba dificultad y/o el lactante, se vuelve hacer formación a la misma, sobre la colocación del bebe, la forma, la posición de la boca... y se repite la evaluación en la siguiente toma, hasta que la madre es conodera de los puntos con dificultad, para evitar los mismos una vez que se de el alta.
Una vez al alta, si siguen con problemas en las tomas, vuelven al hospital y se sigue con la formación a las madres.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/609 ===== ***

Nº de registro: 0609

Título
DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

Autores:
PALOMAR JOVEN MARTA, MARTINEZ SORIANO MARIA, GARCIA LORENTE CONCEPCION, SERRET GASCON LAURA, ANDRES LOPEZ VANESA, INSA GOMEZ MARIA JOSE, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, COMAS MANAUTA EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
La vigilancia y cuidado de los pezones constituyen una parte importante de la actividad propia de la enfermera en el servicio de Tocología tras el inicio de la lactancia, con el fin de tener una lactancia exitosa.

RESULTADOS ESPERADOS
- Extandarizar la actividad a la hora de detectar y tratar las grietas si se producen.
- Evitar las posibles complicaciones derivadas de una mala postura al amantar.

MÉTODO
- Vigilancia por parte del personal (enfermeras y auxiliares) de una toma durante su estancia (o mas si hay problemas)
- Registro de lo observado en tabla que elaboraremos.

INDICADORES
- Tabla realizada para este fin, que se elavorara una vez aprobado el proyecto.
- Se registrara en la tabla, y se evaluaran resultados en tres meses.

DURACIÓN
- Primer mes desde la aceptacion: Reunion de todo el equipo para elaboracion de la tabla.
- Evaluación de los resultados y conclusiones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0609

1. TÍTULO

DETECCION PRECOZ DE GRIETAS TRAS EL INICIO DE LA LACTANCIA MATERNA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDEN RUEDA CLAUDIA
OCHOA GOMEZ LAURA
GARCIA LORENTE ONCEPCION
MARTINEZ SORIANO MARIA
OLIVEROS GARIN ANABEL
CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA
ROCA PONZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un documento de actuación sobre el frenillo sublingual que se ha difundido en forma de sesión clínica a todo el Servicio y personal de Pediatría.
El proyecto se ha implementado sobre todos los RN de la planta de maternidad durante los meses de, Noviembre y Diciembre de 2018 y Enero de 2019 (122 recién nacidos). En todos ellos se ha valorado la presencia de frenillo sublingual según la clasificación de la Dra. Elizabeth Coryllos y Catherine Watson Genna durante la revisión rutinaria que se hace a diario en la planta por parte del pediatra, y se registró en su historia.
Se identificaron 16 niños con frenillo sublingual (13%), la mayoría de ellos de grado 2 y 3. No habiendo registrado ninguno de grado 4, quizá porque son más difíciles de visualizar y, sobre todo, si no identificamos asociados problemas en la lactancia materna. Todos los recién nacidos recibieron también valoración de la técnica de lactancia materna para detectar si existían problemas en la misma y razones médicas aceptables para la indicación de frenotomía (recordamos que no todos los niños con frenillo precisan su sección). Se indicó en aquellos casos en que, una vez corregidas, el resto de variables más frecuentes que pueden influir sobre la lactancia como son el agarre, postura... etc, persistían los problemas. Por lo que, finalmente, se procedió a la sección de 10 frenillos, que se realizaron sin incidencias. Todas las frenotomías se realizaron previa firma del consentimiento informado por parte de los padres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se intervinieron 10 pacientes (8% de los recién nacidos en el período). Al 100% de los padres a cuyos hijos se les realizó la frenotomía recibieron una hoja informativa con los ejercicios de fisioterapia que deben realizarse en los primeros días para mejorar la succión y evitar que la lengua pueda, en algunos casos, volver a quedar anclada. Tras la frenotomía se valoró conjuntamente con la madre la mejoría de las dificultades en la lactancia, consiguiéndose en el 100% de los casos el objetivo. No se registró ninguna complicación. Estos son los resultados de los indicadores propuestos:

- -Numero total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Numero total de RN con frenillo x 100=
62,5%
- Numero total de frenotomías por interferencia con la lactancia/ Numero total de frenotomías x100
- Numero de hojas de rehabilitación entregadas/Numero total de frenotomías realizadas x100

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo del proyecto era mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en la planta de maternidad, a través del tratamiento adecuado de los frenillos sublinguales. Hemos podido comprobar que es importante valorar la presencia de frenillo (13% de los niños) como causa de problemas con la lactancia materna, ya que, si no se corrige, puede llevar al abandono de la misma, lo que no es adecuado en un Hospital que está en fase de acreditación IHAN. Todo esto nos ha llevado a mantener este proyecto activo como parte de la exploración rutinaria del recién nacido, con el fin de mantener nuestro apoyo a la lactancia materna

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/341 ===== ***

Nº de registro: 0341

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:

CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, OCHOA GOMEZ LAURA, GARCIA LORENTE ONCEPCION, MARTINEZ SORIANO MARIA, OLIVEROS GARIN ANABEL, CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA, ROCA PONZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se habla mucho de anquiloglosia o frenillo lingual corto como factor perturbador de la lactancia materna. La lengua está sujeta al suelo de la boca y no puede realizar los movimientos necesarios para que el bebé pueda mamar de manera eficaz sin comprometer el bienestar de su madre.
El frenillo está bajo la lengua, insertado, de manera ideal, dentro de la lengua. Sin embargo, cuando en etapas embrionarias se desarrolla la cavidad oral y los músculos el frenillo puede quedar fuera de la lengua, lo que impide los movimientos de la lengua que permiten al bebé tomar la leche. Estos movimientos son necesarios para que el bebé pueda mamar de manera placentera y eficaz y para que de ués pueda realizar los movimientos necesarios para tragar el bolo digestivo con facilidad.
El frenillo no tiene ninguna función específica si está situado fuera de la lengua por lo que seccionarlo, si es necesario, no perjudica al bebé. Sin embargo la anquiloglosia puede perjudicar tanto a la madre como al bebé. Para la madre, el mayor inconveniente es el dolor: se producen grietas, isquemias e infecciones bacterianas. Hay casos de hipogalactia y también de madres cuyas glándulas mamarias para compensar el problema disparan la producción, lo que hace que padezcan ingurgitaciones constantes.
Para los bebés, las consecuencias del frenillo corto pueden variar mucho. A corto plazo afectan negativamente a la lactancia, a medio y largo plazo causan también otros trastornos: si la lengua no tiene capacidad de elevación por frenillo corto se afecta toda la estructura maxilofacial, respiran más por la boca que por la nariz, duerman con la boca abierta y roncan durante el sueño aumentando la predisposición a bronquitis y neumonías. Hay estudios que relacionan la anquiloglosia con > incidencia de apneas del sueño. La maloclusión dental es otro problema derivado. Y al crecer, surgen problemas logopédicos en la pronunciación.
Podríamos resumir que el frenillo corto puede causar dificultades en la lactancia y, a posteriori, otros trastornos, por lo que es necesaria una evaluación específica del frenillo corto en las parejas madres/bebés que presenten obstáculos en la lactancia.
Cuando observamos una toma, habría que ir mucho más allá de la simple verificación de un buen agarre y una buena postura, puesto que la lengua es uno de los primeros motores de la lactancia y debe funcionar perfectamente para conseguir una lactancia materna placentera y eficaz para madre y bebé.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se realizará sobre todos los RN de la planta de maternidad, en el periodo de tiempo establecido. Se llevará a cabo:
-Valoración clínica de la presencia de frenillo sublingual, según clasificación de Coryllos-Watson Genna
-Valoración de la presencia de dificultades en la lactancia materna.
El objetivo final es mejorar y apoyar la lactancia materna durante el ingreso en maternidad, a través del ttº adecuado de los frenillos sublinguales.

MÉTODO

Hay que evaluar el grado de movilidad de la lengua. La elevación parece ser el movimiento que más influye en la lactancia, por lo que debe pesar más que los demás parámetros al evaluar la anquiloglosia.
La valoración del tipo de frenillo se hace de manera visual o digital (clasificación de Coryllos-Watson Genna). Es importante señalar que tener un tipo u otro de anquiloglosia no supone mayor o menor dificultad para mamar. Sin embargo, esta clasificación nos permite usar una nomenclatura común. Si es necesario, la intervención más habitual para intervenir la anquiloglosia se denomina frenotomía. Se puede realizar de forma ambulatoria por profesional con experiencia o de forma quirúrgica por cirujano.
Actualmente hay evidencia científica suficiente que sugiere que la frenotomía se asocia con mejoras de la lactancia materna. Y es importante realizar, tras frenotomía, ejercicios de fisioterapia para mejorar la succión y evitar que la lengua quede de nuevo anclada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0341

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO PARA LA VALORACION Y TRATAMIENTO DEL FRENILLO SUBLINGUAL EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES

- Registro en historia del recién nacido de la presencia o no de frenillo sublingual (Estándar 100%)
 - Registro en la historia clínica de la presencia o no de problemas en la lactancia materna (Estándar 100%)
 - Registro en la historia de la aplicación o no de frenotomía. (Estándar 100%)
 - Registro de entrega a los padres de hoja de ejercicios de rehabilitación tras frenotomía
- Indicadores:
- (Nº total de RN con frenillo que interfiere en la lactancia/ Nº total de RN con frenillo) x 100
 - (Nº total de frenotomías por interferencia con la lactancia/ Nº total de frenotomías) x100
 - Nº de hojas de rehabilitación entregadas/Nº total de frenotomías realizadas) x100

DURACIÓN

Se recogerán datos durante 3 meses.

La valoración del frenillo se hará en las exploraciones al RN por parte del pediatra. Y los posibles problemas en relación a la lactancia materna serán valorados durante todo el ingreso por cualquiera de los profesionales implicados en el proceso, quedando constancia en la HC. Si hay que realizar frenotomía, debe quedar recogido en la HC del RN que se ha facilitado a los padres hoja de ejercicios para rehabilitar la succión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVEIRO MONTAÑES NURIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
PALOMAR JOVEN MARTA
DOMINGO LOPEZ RAQUEL
GARCIA VILLAR PILAR
FERNANDEZ ARENAS EMILIA
COMAS MANAUTA EVA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó un check list por un grupo de trabajo multidisciplinar y se difundió al equipo mediante sesión clínica. Este Checklist o lista de verificación revisa de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado, revisa la parte correspondiente del equipamiento y material en el que se incluye los datos del paciente y la historia clínica, la monitorización pautada, el material necesario para mantener una adecuada ventilación, circulación e inmovilización; además examina el equipo y la organización teniendo en cuenta el médico responsable del paciente, las valoraciones del mismo y la presencia del personal de enfermería y, por último, las actuaciones que ha recibido el paciente como son las constantes tomadas, las interconsultas realizadas y las pruebas complementarias, las órdenes y tratamiento pautado y el evolutivo completo del paciente. De esta forma, se deduce, aunque de forma subjetiva, que se ha evitado la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente y se ha requerido una mayor implicación de todo el Servicio

El check list para el transfer de pacientes trasladados en ambulancia se ha realizado durante 6 meses a todos los pacientes trasladados desde Junio de 2018 a Diciembre de 2018 desde la Planta de Pediatría hasta el Hospital de referencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En total se han trasladado a 14 pacientes durante este periodo y se ha realizado a los 14 pacientes, es decir al 100% de los pacientes trasladados en ambulancia. En todos estos casos se revisaron, en el momento del traslado, aquellos puntos donde pueden surgir errores tanto humanos como materiales. En todos los casos se registraron los diagnósticos de los pacientes trasladados, y en todos los casos se constaba la firma del médico y la enfermera responsable del traslado.

Se han registrado 3 incidencias: En una de ellas se recoge que la incubadora de transporte no mantiene adecuadamente la temperatura por lo que se pone en conocimiento del Servicio de mantenimiento ese mismo día y se da solución, en otra ocasión hay problemas con el respirador de transporte y se observa que falta una pequeña pieza que repone mantenimiento, y en la última incidencia se recoge que la incubadora de la sala de exploración tiene una excesiva humedad y no consigue proporcionar el FiO2 deseado al recién nacido por lo que también se comunica a la casa del fabricante de la incubadora y a mantenimiento poniendo solución. A uno de los pacientes trasladados hubo que cambiarle la vía intravenosa antes de salir hacia el hospital de destino por comprobar que no funcionaba bien.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La hoja de verificación reduce los posibles errores, tanto humanos como materiales, que pueden surgir, anticipándonos y evitando posibles problemas durante el traslado. Al ser una herramienta bien aceptada, que mejora de la calidad asistencial, hemos decidido incluirla en nuestra práctica habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/344 ===== ***

Nº de registro: 0344

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Autores:

ORDEN RUEDA CLAUDIA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, PALOMAR JOVEN MARTA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL, GARCIA VILLAR PILAR, FERNANDEZ ARENAS EMILIA, COMAS MANAUTA EVA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUE REQUIERAN TRASLADO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes ingresados en la planta de pediatría frecuentemente lo hacen por causas leves o moderadas, cuando lamentablemente, la situación es grave, crítica o que requiere de recursos que no tenemos en la planta de hospitalización de un hospital comarcal se requiere el traslado de los mismos a hospitales de tercer nivel. Durante este traslado nos vemos sometidos a cierta presión y nerviosismo pues tenemos que transmitir toda la información acerca del estado del paciente y, al mismo tiempo, verificar que el paciente esté estable previo a su traslado. Cuando acude el servicio de ambulancia medicalizada a recoger a dichos pacientes, el momento del pase de la información del mismo es crítico. El objetivo es estandarizar este pase con el fin de mejorar la transmisión de información de dichos pacientes para tratar de disminuir errores de comunicación que frecuentemente causan riesgos para la seguridad del paciente. Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación, consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en planta. Todos estos aspectos se manejan de forma más segura con una hoja de verificación pues facilita su cumplimiento y mejora la seguridad y, en consecuencia, la estabilidad de este.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el uso de esta herramienta se revisará de manera sistematizada y continua el manejo de cada paciente trasladado requiriéndose una mayor implicación de todo el Servicio. Se espera observar, aunque de manera subjetiva, una mejora del traspaso de información acerca de estos. Gracias a la detección de errores a través del checklist se evitará la pérdida de información relevante acerca de la situación clínica del paciente. Se trata de un proyecto de mejora que se perfeccionará en un futuro próximo cuando se detecten los errores más frecuentemente realizados.

MÉTODO

Creamos una lista de verificación o checklist (ANEXO 1) como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde la planta de hospitalización. Esta herramienta se utiliza de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

INDICADORES

Cumplimentación Lista de Verificación o check-list por parte del médico-enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Firma de médico y enfermera responsable del traslado (estándar 100%)
Registro de pacientes trasladados con sus diagnósticos (estándar 100%)

DURACIÓN

Se implantará durante 6 meses, iniciándose en Junio de 2018 con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo en un futuro próximo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0344

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACION EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDUN CHELIZ ENRIQUE
MARIN ABAD TERESA
ANDRES LOPEZ VANESA
GASCON POLO MARIA PILAR
ESPINAL HERNANDEZ ANDREA
BARRABES SANCHEZ MYRIAM
SANCHO VIVES ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un protocolo para la realización correcta del contacto piel con piel tras cesáreas en el área de despertar del H. Alcañiz. En el mes de septiembre, este protocolo ha sido consensuado por los distintos servicios implicados: Servicio de Pediatría, Servicio de Obstetricia, Servicio de Anestesia, así como por la Supervisora del área quirúrgica y la Directora de Enfermería del hospital. Se ha informado al personal implicado en ello y se ha puesto en marcha.

Se ha elaborado una hoja de registro de la realización de este contacto en el área del despertar (con instrucciones de cómo rellenarla), debiendo ser firmada por el personal implicado en ello. Esta hoja de registro se recogía en el Servicio de pediatría al llegar el recién nacido a la planta.

La recogida de los datos se ha realizado durante 3 meses: 15 de octubre de 2018 al 15 de enero de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo a estudio en nuestro hospital se produjeron 109 partos, siendo 20 mediante cesáreas (18.3%), 2 de ellos gemelares.

Hemos recogido 17 hojas de registro del contacto piel con piel. De ellas, en 3 casos se contraindicó el contacto piel con piel por patología del RN o de la madre. En el resto de 14 registros sí que se realizó el CPP con la madre en el despertar, con un tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP de 60 min. En los 14 casos, se hizo previamente el CPP con el padre.

En ningún caso se registró ninguna incidencia durante el tiempo del CPP con la madre ni con el RN en el área del despertar.

Indicadores:

- Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea / Número total de cesáreas: 85%
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación/número total de cesáreas: 100%
- Número de casos CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas: 100% (excluidas las contraindicaciones por patología del RN)
- Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar: 60 min

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la elaboración consensuada y puesta en marcha de este protocolo para la realización del CPP tras cesárea en sala de despertar en nuestro hospital, se va a permitir que se aplique como un procedimiento de cuidados habituales madre-hijo en todos los casos en los que se realice una cesárea y no exista una contraindicación en la madre o en el recién nacido. El objetivo de ello es conseguir crear un entorno similar al del postparto tras parto vaginal, sin olvidar que se trata de una cirugía mayor, por los grandes beneficios que genera tanto para la madre como para el RN.

Hasta ahora, este procedimiento se realizaba de manera discontinua, en dependencia de la predisposición del personal del área del despertar que hubiera en el momento de la realización de la cesárea.

Sería recomendable que el tiempo transcurrido entre la hora de nacimiento y el CPP madre-hijo fuera menor al que hemos registrado, para aumentar los beneficios en la madre y el RN.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/484 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Nº de registro: 0484

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, MARIN ABAD TERESA, ANDRES LOPEZ VANESA, GASCON POLO MARIA PILAR, ESPINAL HERNANDEZ ANDREA, BARRABES SANCHEZ MIRIAM, SANCHO VIVES ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: LACTANCIA MATERNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La práctica del contacto piel con piel (CPP) entre la madre y el recién nacido inmediatamente tras el nacimiento, tiene grandes beneficios para ambos ampliamente demostrados. Esta práctica favorece el inicio de la lactancia materna desde el mismo momento del nacimiento del bebé, así como su mantenimiento posterior, además en el recién nacido se produce una mejor regulación metabólica, de la temperatura, menos llanto y una conducta afectiva más satisfactoria. En la madre destaca que previene la atonía uterina, debido a que el contacto con el neonato en los primeros momentos tras el parto, desencadena en la madre reflejo vagal que aumenta la secreción de oxitocina provocando una mejor involución uterina, una disminución de la hemorragia posparto y por tanto una mejoría de la anemia puerperal.

Estas evidencias han hecho que las sociedades científicas y las instituciones nacionales e internacionales recomienden su aplicación tanto en los partos normales como en las cesáreas. El CPP forma parte de los diez pasos de la "Iniciativa para la Humanización de la Atención al Nacimiento" (IHAN), está incluido en la "Declaración de Barcelona sobre los derechos de la Madre y el Recién Nacido" (2001), en las recomendaciones del Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología (2001), en las del Comité de Lactancia Materna de la AEPED (2005), y en las de la Sección de Lactancia Materna de la Academia Americana de Pediatría (2005).

Desde la publicación de la estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad, esta práctica se va implantando progresivamente en España y el CPP en los partos vaginales se realiza en casi todos los centros sanitarios. Sin embargo, cuando una embarazada precisa la realización de una cesárea, lo habitual es la separación de la madre y su hijo.

En el supuesto de no poder practicar el CPP con la madre, la OMS y la IHAN recomiendan practicarlo con el padre, pues en estos casos el recién nacido también se tranquiliza, deja de llorar y facilita el desarrollo de comportamiento prealimenticio del bebé, además de reforzar el papel paterno.

En nuestro centro en los partos vaginales, si el recién nacido no precisa reanimación, al nacimiento se realiza el CPP madre-hijo inmediato sin interrupción. En el caso de parto mediante cesárea, se inicia CPP padre-hijo tras la valoración del recién nacido por pediatra, si el padre lo desea, y dependiendo de las condiciones del área de despertar y del personal sanitario que esté en esos momentos, se realiza CPP madre-hijo en el despertar, que no suele ser antes de los 30 minutos tras el nacimiento.

La existencia de un protocolo consensuado sobre la forma de realizar el CPP tras las cesáreas entre los servicios implicados va a permitir aplicarlo como un procedimiento de cuidados habituales con el objetivo de conseguir un entorno similar al del postparto tras un parto vaginal, pero sin olvidar que se trata de una cirugía mayor.

RESULTADOS ESPERADOS

- Protocolizar el proceso de la realización del CPP madre-hijo tras las cesáreas en área de despertar
- Favorecer el ambiente adecuado para poder realizar el CPP con las madres que lo deseen en el área del despertar tras una cesárea
- Ofrecer el apoyo necesario en el área de despertar por el personal sanitario
- Favorecer el acompañamiento por parte del padre durante el CPP

MÉTODO

Se va a elaborar un protocolo para realizar CPP madre-hijo consensuado con todos los servicios implicados (servicio de pediatría, servicio de anestesia, personal de quirófano, personal de paritorio, personal de planta de maternidad)

Se va a elaborar una hoja de registro para valorar si existen factores que pueden ocasionar incidencias o contraindicar el CPP precoz madre-hijo y para llevar el control de la realización del CPP tras la cesárea en el área de despertar de nuestro hospital.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0484

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CONTACTO PIEL CON PIEL TRAS CESAREAS EN AREA DE DESPERTAR EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES

- Número de Hojas de registro de la realización de CPP tras cesárea en la historia del Recién Nacido/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
- Número de casos de realización de CPP madre-hijo tras cesárea sin contraindicación materna/neonatal/ Número total de cesáreas (ESTANDAR 80%)
- Número de casos de CPP padre-RN hasta llegada de la madre al despertar/Número total de cesáreas (ESTANDAR 100%)
- Tiempo transcurrido desde el nacimiento y el CPP madre-hijo en despertar

DURACIÓN

En los primeros 3 meses se va a proceder a la elaboración del protocolo para realizar CPP madre-hijo tras cesáreas en área de despertar consensuado por todos los servicios implicados. Se elaborará también una hoja de registro para el control de cómo se realiza ese CPP.
Durante los 3 meses siguientes tras la puesta en marcha del protocolo se realizará la monitorización de las hojas de registro del control de CPP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0420

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CLAUDIA ORDEN RUEDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
OCHOA GOMEZ LAURA
SORO FERRER ESTELA
GARCIA LORENTE CONCEPCION
BLASCO DOMINGO MARIA DOLORES
ARANDA GONZALEZ SONIA
MILIAN BRENCHAT MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras realizar una búsqueda bibliográfica exhaustiva se creó la consulta de Estrecho seguimiento Neonatal en enero de 2019, asignando a la misma la agenda correspondiente (CONSULTA ESTRECHO SEGUIMIENTO Y LACTANCIA). Se informó al servicio de Pediatría de la nueva consulta para el conocimiento de todo el personal tanto médico, como enfermería y auxiliares.

Las citaciones de los pacientes en dicha consulta son gestionadas desde la planta de Pediatría (Incubadoras) a través del personal de enfermería. Se realizó una sesión clínica explicativa para todo el personal de Pediatría sobre el proceso de citación; además de ofrecer información verbal a las enfermeras de la unidad sobre el proceso de citación.

La consulta de estrecho seguimiento neonatal y lactancia materna se ha realizado durante 9 meses a todos los pacientes que presenten pérdidas de peso cercanas al 10%, dificultades en relación con la lactancia materna o riesgo de hiperbilirrubinemia.

A lo largo del año 2019 el número total de recién nacidos en el hospital ha sido de 453, siendo 36 de ellos prematuros entre 34 y 36 semanas de gestación y 3 de ellos prematuros menores de 34 semanas de gestación. En este periodo han sido citados y atendidos en la consulta de alta resolución un total de 222 pacientes (generando 298 episodios), lo que supone un 49% del total de recién nacidos.

En abril de 2019 se elaboró un sistema de registro informático donde constan los pacientes atendidos en la consulta y el motivo de derivación a la misma, con el objetivo de conocer las características de los pacientes citados. Desde el 1/04/2019, se registraron 176 pacientes atendidos de un total de 366 recién nacidos totales en ese periodo (48%), correspondientes a 113 pacientes, ya que algunos de ellos precisaron ser citados varios días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal motivo de consulta es el control de peso y/o de ictericia, incluyendo una valoración de la lactancia materna en aquellos recién nacidos alimentados de esta manera. A continuación se detallan las características de los 176 pacientes registrados desde el 1/04/2019. Se realizó control de peso en 112 pacientes (63,6% de los pacientes citados), precisando ingreso únicamente dos de los pacientes por pérdida ponderal excesiva y deshidratación. El control de ictericia se realizó en 85 pacientes (48,3%), en la mayoría de las ocasiones de forma conjunta con el control de peso. En estos pacientes se realiza generalmente control clínico, mediante exploración física, y determinación de la cifra de bilirrubina transcutánea. En 13 de los pacientes fue preciso realizar analítica sanguínea para bilirrubina venosa, precisando 8 de ellos ingreso para tratamiento. En estos 8 pacientes la hiperbilirrubinemia se detectó a tiempo (no se constató ninguna secuela) y en ningún caso precisó más de 72 horas de tratamiento pudiéndose dar de alta sin nuevas incidencias. Antiguamente y sin existir dicha consulta, en alguna ocasión nos encontrábamos pacientes con hiperbilirrubinemias muy elevadas y resistentes al tratamiento convencional requiriendo tratamiento más invasivo e incluso traslado al Hospital de referencia por tener un diagnóstico más tardío.

En los pacientes citados a control de peso, se hizo también apoyo y refuerzo de lactancia materna si era preciso. Constan además otros motivos diferentes de consulta, menos frecuentes, control de glucemia, extracción de analítica sanguínea o revisión del cordón. No se ha registrado ningún caso de alta precoz (antes de las 48 horas de vida). Del total de pacientes registrados desde abril (176), únicamente 8 precisaron reingreso hospitalario tras ser valorados en consulta (4,5%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Consideramos que la implantación de la consulta de estrecho seguimiento neonatal y lactancia materna supone una mejora en la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes, por lo que se mantendrá en el futuro. Gracias a esta herramienta se han disminuido los días de estancia hospitalaria de un importante número de pacientes sin que esto implique una elevada tasa de reingresos.

Este dato de reingreso presentado en esta memoria (4,5% de los controlados en esta consulta) es subjetivamente inferior a los de años anteriores (no teníamos registro de los mismos y no podemos presentar la comparativa) pero al hacer un estrecho seguimiento del potencial recién nacido de riesgo en las primeras 24-48 horas nos permite, además de disminuir la estancia media, años atrás estos pacientes sufrían el retraso del alta por miedo a padecer complicaciones y/o presentar un difícil seguimiento pediátrico en su localidad de residencia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0420

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

y una tasa inferior de reingreso pues se detectan antes los posibles problemas durante este estrecho seguimiento pudiéndose dar recomendaciones domiciliarias precoces (reforzamiento de la lactancia, inicio precoz de suplemento de leche artificial si en las primeras horas se detecta pérdida excesiva de peso sin presentar la madre la subida de la leche, retirándose gradualmente cuando se instaura una lactancia materna efectiva, exposición parcial al sol natura tras cristales...). Estas recomendaciones se dan a los padres según sea el potencial problema. Además, se garantiza la realización de forma reglada y, por personal experto, de las pruebas complementarias que puedan ser necesarias en estos pacientes durante el periodo neonatal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/420 ===== ***

Nº de registro: 0420

Título
IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

Autores:
ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, OCHOA GOMEZ LAURA, SORO FERRER ESTELA, GARCIA LORENTE CONCEPCION, BLASCO DOMINGO MARIA DOLORES, ARANDA GONZALEZ SONIA, MILIAN BRENCHAT MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGÍA DEL RECIEN NACIDO
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años, la tendencia de los días de estancia hospitalaria del binomio madre-recién nacido (RN) tras el parto ha disminuido progresivamente; siendo actualmente lo habitual en nuestros hospitales una estancia hospitalaria del RN sano al menos de 48h. Al ser el periodo de hospitalización corto, a veces no hay tiempo suficiente para constatar que la alimentación está bien instaurada por lo que es necesario extremar la vigilancia en aquellos que presenten pérdidas de peso cercanas al 10% o dificultades en relación con la lactancia materna. Además, pueden surgir complicaciones tras el alta como la hiperbilirrubinemia que resulta una de las causas más frecuentes de reingreso. Además, la tasa de prematuridad se ha incrementado, sobretodo en relación con los prematuros tardíos, los cuales presentan mayor riesgo de complicaciones y mayores tasas de reingreso hospitalario que los RN a término. Los criterios para el alta de estos pacientes son semejantes a los de los RN a término sanos. Sin embargo, debido al mayor riesgo de morbilidad neonatal, necesitan un seguimiento más estrecho por lo que se ha de garantizar un seguimiento médico a las 24-48h. A todo esto se debe sumar la dificultad del seguimiento temprano en los centro de Salud por la alta demanda y por la necesidad de algunos días tras el nacimiento para realizar todas las gestiones burocráticas de identificación y registro de los recién nacidos. En el caso de los recién nacidos extranjeros, se añaden las dificultades idiomáticas y los problemas paternos laborales que pueden retrasar aún más esta primera visita. Por otro lado, en algunas ocasiones, cabe la posibilidad de valorar una estancia reducida (menor de 48 horas) ante petición familiar en el caso de RN a término sanos; aunque esta opción no es válida para todas las madres y RN. Además del cumplimiento de una serie de criterios previos al alta, este alta neonatal precoz requiere de la necesidad de un control pediátrico precoz tras el alta debido al riesgo de posibles anomalías no detectadas en el ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminución de los tiempos de estancia hospitalaria garantizando la seguridad clínica en los niños
- Detectar precozmente los problemas que aparecen tras el alta
- Disminuir la tasa de reingreso
- Garantizar el control clínico tras el alta en pacientes con diversas patologías como bajo peso al nacimiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0420

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UNA CONSULTA DE ESTRECHO SEGUIMIENTO NEONATAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

- Asegurar un control pediátrico precoz en paciente de riesgo de presentar complicaciones tras el alta (prematuros tardíos, alta precoz, dificultades de alimentación, riesgo de ictericia severa) lo cual permitirá, entre otras cosas, disminuir la estancia media hospitalaria de los mismos.
- Promoción de lactancia materna

MÉTODO

- Implantación de una consulta de estrecho seguimiento neonatal en pacientes de alto riesgo.
- Creación de agenda específica para consulta de estrecho seguimiento neonatal en pacientes de alto riesgo
- Elaboración de un registro de pacientes atendidos, motivos de derivación de los mismos y pruebas complementarias realizadas.
- Información a todo el personal del servicio del funcionamiento de dicha consulta
- Implicación del personal en la organización y citación de los pacientes.
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

INDICADORES

- N° de recién nacidos prematuros tardíos citados a la consulta de estrecho seguimiento (ES) neonatal en pacientes de alto riesgo a las 24 - 48 horas del alta
- N° de recién nacidos con alta precoz citados a la consulta de ES neonatal en pacientes de alto riesgo a las 24 - 48 horas del alta
- N° de pacientes que precisan reingreso/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes citados para control de peso/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes citados para control de ictericia/N° total de pacientes citados en consulta de ES.
- N° de pacientes con lactancia materna exclusiva tras ser dados de alta de consulta de ES/N° total de pacientes citados a control clínico en consulta de ES.

DURACIÓN

- Creación agenda de consulta: Marzo 2019
- Información al servicio: Marzo 2019
- Elaboración sistema de registro: Abril-Diciembre 2019
- Revisión de indicadores: Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0423

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA CLAVERO MONTAÑES
· Profesión PEDIATRA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORDEN RUEDA CLAUDIA
BERDUN CHELIZ ENRIQUE
GARCIA VILLAR PILAR
TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA
CURA BELMONTE NOELIA
OLIVEROS GARIN ANA ISABEL
GAIBAR ANGUERA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo de actuación para la inducción en pacientes APLV, tomando como referencia el del servicio de alergología del Hospital Infantil. Dicho protocolo ha sido comunicado a todo el personal implicado en el proceso: enfermera de consulta, enfermera de planta y pediatras. Y se pone una copia en papel del mismo en la historia de cada paciente. Se han revisado las historias clínicas de todos los pacientes sometidos al proceso de inducción, para la valoración de los resultados. Como el periodo de recogida de datos es hasta Julio 2020, estamos todavía en proceso, pero aportaremos resultados de Julio a Diciembre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre el 1 de Julio y el 1 de Enero de 2020 fueron tratados 8 niños. Tras la revisión de las historias clínicas de los pacientes, hemos comprobado que el 100% de los mismos tienen cumplimentado de forma adecuada el protocolo y realizadas las pruebas complementarias que se indican (CAPs leche e IgE). El 100% de los niños a los que se les indujo la tolerancia, finalizaron el proceso con éxito. El tiempo medio en el que se alcanzó fue 4,5 meses. Y ninguno de ellos sufrió ninguna reacción adversa grave.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la elaboración de este proyecto nos parece importante destacar que conseguir la tolerancia en estos niños permite por un lado un ahorro económico sanitario y a las propias familias, ya que pasan de tomar formulas especiales a una alimentación normal. Pero pensamos que además también tiene un impacto social ya que permite normalizar la vida de estos niños y evitar reacciones adversas, dado que consiguen la tolerancia de un alimento básico en la dieta del lactante. Es un protocolo fácil de aplicar y seguro por lo que desde el equipo de pediatría se mantendrá el proyecto en marcha para intentar conseguir la tolerancia en aquellos niños que cumplan los criterios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/423 ===== ***

Nº de registro: 0423

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CLAVERO MONTAÑES NURIA, ORDEN RUEDA CLAUDIA, BERDUN CHELIZ ENRIQUE, GARCIA VILLAR PILAR, TOLOS ESCORIHUELA MARIA LUISA, CURA BELMONTE NOELIA, OLIVEROS GARIN ANA ISABEL, GAIBAR ANGUERA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: ALERGIAS
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0423

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hablamos de Alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) cuando un individuo, tras ingesta de proteínas lácteas manifiesta una respuesta anormal por un mecanismo inmunológico comprobado (Hipersensibilidad inmediata). Tras la exposición al alérgeno el sujeto se sensibiliza y produce anticuerpos específicos para algunas fracciones proteicas de la leche.

Las proteínas de leche de vaca se encuentran entre los primeros antígenos con los que el niño tiene contacto, habitualmente es el primer antígeno no homólogo que el niño recibe en cantidades importantes. La alergia a proteínas de leche de vaca (APLV) es la patología por alergia alimentaria más común en los lactantes y niños pequeños, afecta a un 2,5% de la población.

En estudios efectuados en nuestro país, la APLV corresponde a la cuarta parte de los niños afectados de alguna alergia alimentaria, y ocupa el tercer lugar como causa de alergia alimentaria después del huevo y el pescado. Hasta ahora la evitación del alimento era el único tratamiento establecido. La dieta de exclusión tiene ciertas repercusiones familiares, sociales y económicas que influyen en la calidad de vida. A pesar de todas las precauciones, esta dieta puede resultar difícil de realizar con éxito y es frecuente la aparición de síntomas, incluso graves, por contacto inadvertido con el alimento y por el riesgo de ingestión accidental. Además, pueden tener problemas nutricionales (déficit de calcio) y problemas económicos, ya que las fórmulas especiales no están subvencionadas a partir de los dos años de edad. Se han venido comunicando, en la literatura médica de la última década, series de pacientes pediátricos en los que se consigue empleando aumentos progresivos de cantidad del alimento, alcanzar la tolerancia y conseguir incorporarlo con normalidad a la alimentación del paciente, lo que equivale en la práctica a la curación. Se ha comprobado en el seguimiento de estos pacientes que la tolerancia a largo plazo se mantiene sin efectos adversos en la mayoría de los pacientes, obteniendo una gran mejoría en su calidad de vida. Actualmente en nuestro servicio de alergología de referencia del Hospital Infantil Miguel Servet y en otros centros nacionales, están trabajando en la inducción de tolerancia a alimentos y adelantar la instauración de tolerancia. Las series comunicadas han ido aumentando, con resultados hasta el momento muy satisfactorios con porcentajes de éxito de entre el 70 y el 95%. Por todos estos motivos, se ha optado por actitudes intervencionistas que conduzcan a inducir la tolerancia con el fin de modificar la historia natural de la alergia a proteínas de leche de vaca

RESULTADOS ESPERADOS

- Alcanzar tolerancia precoz a las proteínas de leche de vaca consiguiendo así normalizar sus hábitos dietéticos
- Disminuir el riesgo de reacciones adversas por ingestión o contacto accidental con el alimento

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de inducción de tolerancia oral en lactantes con APLV, tomando como referencia el de nuestro servicio de referencia que es el del servicio de alergología Hospital Miguel Servet.
- Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo a través de una sesión clínica
- Selección de pacientes menores de 24 meses remitidos a consulta por sospecha de APLV mediante historia clínica detallada, test cutáneos y analítica con IgE específica.
- Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y preparación/seguimiento de pauta desensibilización
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

INDICADORES

- Número de pacientes en los que se induce tolerancia/ Numero de pacientes en los que se consigue tolerancia completa
- Duración media de la adquisición de tolerancia completa
- Número de pacientes que presenta reacción adversa grave (adrenalina, corticoide, antihistamínico) / número de pacientes en los que se induce tolerancia

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: Marzo 2019
- Información al servicio y puesta en marcha del protocolo: abril 2019
- Evaluación y selección de pacientes: Abril 2019-diciembre 2019
- Control de los pacientes remitidos a planta de Pediatría y seguimiento de pauta desensibilización (Abril 2019-diciembre 2019)
- Revisión de indicadores: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0423

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE INDUCCION A LA TOLERANCIA ORAL A PROTEINAS DE LECHE DE VACA EN MENORES DE 24 MESES EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0532

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA OCHOA GOMEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVEIRO MONTAÑES NURIA
SORO FERRER ESTELA
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
PONS GODES INMACULADA
HERRERO CENTELLES MARIA JESUS
ESPALLARGAS PEDROS CARMEN
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de marzo a junio de 2019 se ha elaborado un protocolo para el Cribado de infección congénita por citomegalovirus en el Hospital de Alcañiz.

Las indicaciones para la realización del cribado de infección congénita por CMV en nuestro hospital han sido:

- RN con clínica sospechosa de infección congénita por CMV: microcefalia, trombocitopenia, HEM, ictericia colostatica,...
- RN con un bajo peso al nacimiento para la EG (<P3-10)
- Microcefalia: PC al nacimiento para la edad gestacional <P5
- Alteraciones de Neuroimagen o clínica neurológica
- Alteraciones Eco-prenatal: alteraciones SNC, hidrocefalia, hidrops fetal...
- Seroconversión CMV en el embarazo
- RN hijos de madre con VIH+
- RN < 32 semanas y/o < 1500 gr
- RN con alteraciones de la otoemisiones

Se ha informado al personal sanitario de la planta de pediatría de nuestro hospital del protocolo y se ha realizado una sesión para su implantación y puesta en marcha.

Hemos elaborado un registro con los niños con alta sospecha de infección congénita por CMV y se ha llevado un seguimiento de ellos en la consulta de pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo a estudio (1/7/2019 al 31/12/2019) hemos encontrado un total de 21 niños con alta sospecha de infección congénita por CMV. Los motivos de sospecha para la realización del cribado han sido por bajo peso al nacimiento y microcefalia.

No hemos encontrado ningún caso sospechoso por alteración de las otoemisiones.

De los 21 casos sospechosos se ha recogido muestra de orina para investigación de CMV a 14.

De los 14 casos que se ha investigado hemos encontrado un caso con Infección congénita por CMV, al que se le ha realizado estudio ampliado para valorar afectación y se está realizado seguimiento estrecho en consulta

- Nº de determinaciones de PCR de CMV en orina/ total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV: 14/21 (66.67%)

- Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito / total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV: 1/21 (4.76%)

- Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito / Nº de determinaciones de PCR de CMV en orina: 1/14 (7.14%)

- Nº pacientes afectos de infección por CMV congénito / total pacientes con otoemisiones alteradas. : 0 (0%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es muy importante la implantación de protocolos en los servicios clínicos para unificar criterios y poder mejorar la calidad asistencial de los pacientes, pero en ocasiones resulta complicado su aplicación.

En nuestro caso, se ha realizado el cribado de infección congénita por CMV al 66,67% de los casos sospechosos y de ellos hemos identificado un único caso de CMV congénito, al que se ha realizado estudio ampliado y seguimiento estrecho en consulta para ver evolución.

Ante estos resultados debemos mejorar en la aplicación de los criterios de este protocolo. Por ello vamos a volver a realizar una sesión informativa en el servicio a todo el personal sanitario del protocolo y reevaluaremos los datos durante el año 2020.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0532

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2019/532 ===== ***

Nº de registro: 0532

Título
IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
OCHOA GOMEZ LAURA, CLAVERO MONTAÑES NURIA, SORO FERRER ESTELA, RUIZ ANDRES MARIA ANGELES, PONS GODES INMACULADA, HERRERO CENTELLES MARIA JESUS, ESPALLARGAS PEDROS CARMEN, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección por citomegalovirus (CMV) es la infección viral congénita más frecuente en países desarrollados, siendo la principal causa de deficiencia neurosensorial adquirida intraútero y la primera causa de hipoacusia neurosensorial.
La infección fetal puede ser debido a una primoinfección (1-3%) o por reinfección-reactivación (30-40%) de una cepa diferente. La afectación fetal más frecuente se produce de forma secundaria a la primoinfección materna. La tasa de transmisión es mucho mayor en la segunda mitad de la gestación, pero mucho más grave durante el primer trimestre de gestación.
La infección congénita por CMV genera un cuadro con un espectro clínico muy variable, desde asintomática en el 85-90% de los casos hasta un síndrome congénito muy grave. Es causa de múltiples anomalías del SNC, déficit auditivo y visual. La hipoacusia neurosensorial es la secuela más común de la infección congénita por CMV y ocurre en un 30-60% de los niños sintomáticos y entre un 10-20% de los asintomáticos.
Para poder hacer un diagnóstico de infección congénita por CMV y no postnatal (con los test habituales), se ha de hacer dentro de las 2-3 primeras semanas de vida del recién nacido. Pasado este periodo la única herramienta de diagnóstico retrospectivo será la detección de DNA de CMV en la muestra de sangre seca del papel de filtro de cribado metabólico neonatal.
Ante la sospecha de infección congénita se procederá inicialmente a la detección del DNA del CMV en orina. La PCR de CMV en orina es la técnica con mayor sensibilidad diagnóstica (sensibilidad 100%, especificidad 99.2%, según las últimas investigaciones). Si la muestra de orina resulta negativa queda descartada la infección congénita. Si se detectan pruebas positivas para CMV, el tratamiento puede iniciarse tras informar a la familia de los riesgos/beneficios de la terapia antiviral, siendo mejores resultados cuando su comienzo se realiza en las primeras semanas de vida.

RESULTADOS ESPERADOS
- Identificar lo más precozmente posible a los pacientes con infección congénita por CMV
- Identificar lo más precozmente posible a los pacientes con alta sospecha de infección congénita
- Garantizar el control clínico de los recién nacidos con alta sospecha de infección congénita por CMV
- Garantizar el control clínico de los recién nacidos con infección congénita por CMV y valorar la terapia antiviral tras informar a la familia de los riesgos/beneficios

MÉTODO
- Elaboración de un protocolo de cribado de infección congénita por citomegalovirus en el Hospital de Alcañiz.
- Determinar las indicaciones de cribado de infección congénita por CMV
- Información a todo el personal de la puesta en marcha del protocolo
- Elaboración de un registro de los pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV
- Elaboración de un registro de los pacientes con detección de infección congénita por CMV
- Evaluación de los resultados y establecimiento de propuestas de mejora.

INDICADORES
- Nº de determinaciones de PCR de CMV en orina/ total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV (Estándar 90%)
- Nº pacientes afectados de infección congénita por CMV / total pacientes con alta sospecha de infección congénita por CMV

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0532

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE CRIBADO DE INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- N° pacientes con otoemisiones alteradas e infección congénita por CMV / total pacientes con otoemisiones alteradas.

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: Marzo-junio 2019
- Información al servicio y puesta en marcha del protocolo: junio 2019
- Elaboración sistema de registro: Junio-diciembre 2019
- Revisión de indicadores: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0519

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA LOPEZ SANCHO
· Profesión TECNICO/A SUPERIOR PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTAÑO LASAOSA FERNANDO
PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS
ROYO ANADON JULIA
PEREZ ROYO EMILIA
SALINAS GARVI MARIA LUISA
ADRIAN MONFORTE MATILDE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNIONES CON LA DIRECCION Y TRABAJADORES DEL DEPARTAMENTO DE PERSONAL Y CARGOS.
SE HA INCLUIDO EN LOS PLANES DE FORMACIÓN DEL SECTOR PARA EL AÑO 2.018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE HA ELABORADO Y CONSENSUADO EL PROCEDIMIENTO Y LOS DIAGRAMAS DE FLUJO.
SE HA PUESTO EN MARCHA EL PROCEDIMIENTO.
LA INFORMACIÓN SE PROCESA EN LOS PLAZOS PREVISTOS POR LA AUTORIDAD LABORAL

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL SERVICIO DE PERSONAL Y CARGOS SE HAN INVOLUCRADO ACTIVAMENTE EN EL PROYECTO.
SE DEBERÁ COMUNICAR REITERADAMENTE A LOS RESPONSABLES DE LOS DISTINTOS SERVICIOS EN LA OBLIGATORIEDAD DE LA COMUNICACIÓN DE LOS ACCIDENTES.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/519 ===== ***

Nº de registro: 0519

Título
GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCIÓN LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

Autores:
LOPEZ SANCHO JOSE MARIA, CASTAÑO LASAOSA FERNANDO, PARDOS DOMINGUEZ MARIA JESUS, ROYO ANADON JULIA, PEREZ ROYO EMILIA, SALINAS GARVI MARIA LUISA, ADRIAN MONFORTE MATILDE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías o lesiones que puedan ser causadas por accidente laboral.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Cuando un trabajador del SALUD sufre un accidente laboral o enfermedad profesional, además de la atención sanitaria, genera gran cantidad de documentación, en cuanto a la declaración, tipo de contingencia generada, altas y bajas, investigación del accidente, colaboración con la mutua, informes de empresa, cargos a terceros, etc. En ocasiones se generan dudas a la hora de completar el proceso de documentación, produciéndose extravío o duplicidad de documentos.
Los partes de accidente llegan por distintas vías al empresario y al Servicio de PRL, sin definición clara de responsabilidades y funciones, con lo cual en ocasiones se duplica el trabajo, se producen retrasos frente a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0519

1. TÍTULO

GESTION COORDINADA DEL SERVICIO DE PREVENCION DE RIESGOS LABORALES Y EMPRESA, EN CASO DE ACCIDENTES, INCIDENTES LABORALES Y ENFERMEDAD PROFESIONAL

los plazos legales de declaración e inquietud entre los trabajadores implicados.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera potenciar la coordinación entre todas las partes implicadas en la documentación, concretando responsabilidades de trabajadores, empresario y Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y agilizando el proceso de declaración y custodia de documentación.

MÉTODO

Elaboración de un procedimiento escrito junto con los formatos asociados para ser colgado en la intranet.
Realizar diagramas de flujo de actuación: Para los trabajadores accidentados, para los mandos intermedios, para la empresa, y para el Servicio de Prevención.
Varias reuniones o sesiones formativas SPRL- Dirección de Gestión y RRHH.
Divulgación en Hospital y Atención Primaria: SPRL- Mandos intermedios

INDICADORES

Disponibilidad del documento en la intranet.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Servicio de Prevención en 2017.
Número de documentos recibidos erróneamente en el Departamento de Personal en 2017.

DURACIÓN

Inicio: octubre de 2016
Finalización: octubre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0981

1. TÍTULO

PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE LOURDES HEREDIA FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PRUEBAS FUNCIONALES
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
HERNANDEZ GIMENES RUBEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se construye un cuaderno usando un método de comunicación aumentativa en forma de pictogramas, atendiendo a las necesidades de nuestro servicio (ecografías ginecológicas, consulta de tocología y electrocardiogramas). Este cuaderno está formado por diferentes tableros, cada tablero contiene una serie de pictogramas que nos irán ayudando a dar la información pertinente.

El periodo de creación del cuaderno se realizó durante los meses de junio a septiembre. Se tuvo que dilatar en el tiempo de creación para poder poner en consenso con Arasaac (entidad que ha cedido los pictogramas) el maquetado final del cuaderno.

Los tableros que forman el cuaderno se han plastificado y se han encuadernado. También hemos colgado de manera individual los que hemos considerado oportuno.

El cuaderno se usa con aquellos pacientes en los que no es posible la comunicación verbal. También se ha puesto a disposición de todas aquellas personas que estén interesadas en la siguiente dirección de internet:

<https://pictopartos.es/hospital-alca%C3%Bliz/>. A través de este enlace se puede descargar y, también, los profesionales que estén interesados pueden crear sus propios tableros de comunicación usando el mismo tipo de maquetación para evitar la variabilidad de los materiales utilizados en los distintos hospitales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la redacción del proyecto de calidad presentado, el indicador que se planteó fue: creación y uso de los pictogramas. La variable dicotómica a elegir: SI/NO, en este caso el resultado es SI.

Sin embargo, para comprobar su utilidad hemos realizado una mini encuesta con los pacientes con los que hemos tenido que usar el cuaderno. Entendemos que los pacientes han entendido la información cuando el acompañante de habla española confirma que lo ha entendido adecuadamente.

Para la evaluación se seleccionaron 30 pacientes que venían acompañadas por personas que hablaban correctamente castellano que se seleccionaron entre los meses de septiembre a diciembre: 23 entendieron la información indicada (76.66%), 5 no supimos valorar si los habían llegado a entender (16.66%) y 2 no la entendieron (6.66%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo de este proyecto era mejorar la comunicación directa con pacientes que no hablan castellano. Si tenemos en cuenta el resultado de la comprensión de los pictogramas, consideramos que es bastante satisfactorio, aunque aún queda espacio para la mejora. En el tiempo que llevamos usando el cuaderno hemos utilizado los pictogramas con más de 100 pacientes y no hemos tenido que pedir ayuda a terceras personas para que tradujeran la información aportada y las pacientes han colaborado durante la realización de las pruebas de manera más relajada. Consideramos que este proyecto se puede replicar a otros servicios en los que consideren oportuno y, con la inclusión en pictoparto, pueden crear sus propios cuadernos de comunicación de manera más sencilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/981 ===== ***

Nº de registro: 0981

Título
PICTOGRAMAS PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Autores:
HEREDIA FERRER LOURDES, HERNANDEZ GIMENEZ RUBEN, REAL CORDERO ESPERANZA, SANCHO VIVES ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0981

1. TÍTULO

PICTOGRAMA PARA ELECTROCARDIOGRAMA Y TOCOLOGIA

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología: Pacientes que se vayan a realizar electrocardiogramas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejorar la comunicación con pacientes que no hablan ni comprenden español.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tanto para la realización de ecografías ginecológicas como para la realización de electros de corazón, se necesita que los pacientes se quiten ropa o se descubran partes del cuerpo. Una gran mayoría de los pacientes que pasan por este servicio son personas que no comprenden español y que no entienden nuestras indicaciones. Además el hecho de tener que quitarse ropa les supone, la mayoría de las ocasiones, sensaciones de angustia. Si a todo esto sumamos que durante la realización de las pruebas tienen que comprender nuestras órdenes, nos encontramos ante situaciones en las que el paciente se encuentra ansioso sin comprender el resultado de la prueba ni las actuaciones que tienen que hacer posteriormente, por no comprender la información.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de pictogramas que ayuden a pacientes que no entienden español o tienen dificultades para comprender la información que se les transmite durante la prueba.
- Reducir la ansiedad de los pacientes ante este tipo de pruebas que requieren retirada de ropa.
- Facilitar el trabajo de los profesionales de este servicio durante la realización de la prueba sin tener que requerir de la ayuda de terceras personas ajenas al paciente.

MÉTODO

Creación de pictogramas indicando las actividades que van a tener que realizar los pacientes durante la realización de las pruebas.
Evaluación de la pertinencia de los pictogramas creados e inclusión de nuevos que se vayan necesitando acorde a la práctica clínica.

INDICADORES

Indicador: creación y uso de los pictogramas en la práctica clínica diaria.
Variable dicotómica: SI/NO

DURACIÓN

Junio y julio: creación de los pictogramas.
Julio- Diciembre: evaluar la pertinencia de los pictogramas creados y crear nuevos si fuera necesario.

OBSERVACIONES

Este proyecto cuenta con la colaboración de de Arasaac que son los dibujantes de los pictogramas y también con el proyecto de pictoparto.

Como responsable del proyecto está Lourdes Heredia Ferrer quién mandó otro proyecto apareciendo como responsable pero que al final no se va a realizar.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1315

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCOHOL

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión MIR
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA
BESTUE FELIPE CATALINA
GONZALEZ PANZANO MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Establecer un protocolo único para el inicio de interdictores de alcohol en la unidad de salud mental de Alcañiz. Se realizó un documento con los pasos a seguir para iniciar el tratamiento, con los efectos adversos y un consentimiento informado unificado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Protocolo unificado en la unidad de salud mental para inicio de interdictores de alcohol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hay que seguir unas pautas generales para iniciar este tipo de tratamiento farmacológicos, explicar los efectos adversos y cuidados al paciente, y firmar un consentimiento informado.

7. OBSERVACIONES.
Seguiremos con este protocolo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1315 ===== ***

Nº de registro: 1315

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DEL ALCOHOL

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, BESTUE FELIPE CATALINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de salud mental en tratamiento con interdictores en el Sector de Alcañiz.

Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con interdictores, informar al paciente y solicitar un consentimiento informado por escrito para el inicio del tratamiento. Es conveniente controlar la función hepática antes de instaurar el tratamiento así como posteriormente una vez iniciado el tratamiento.

Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con aversivos (colme o antabus) así como un consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.

Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1315

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL DE ALCAÑIZ EN TRATAMIENTO CON INTERDICTORES DE ALCHOL

interdictotes del alcohol, así como facilitar al profesional el inicio de dichos tratamientos.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con aversivos del alcohol para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento y estabilidad clínica.

MÉTODO

Entregar documento de información de las características del tratamiento farmacológico que el paciente va a iniciar así como cumplimentar un documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con colme o antabús para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente.

Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.

Reunión de equipo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

INDICADORES

-Número de pacientes que reciben tratamiento con interdictotes del alcohol y a los que se les está realizando el control de parámetros (perfil hepáticos).
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con aversivos del alcohol (colme o antabús).

DURACIÓN

Fecha de inicio en Junio de 2017
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Junio 2018
Comunicación de resultados: Julio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 12/04/2019

2. RESPONSABLE LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORRALBA MARCO ROSA
TRASOBARES GARCES ROSA
BECERRA DARRIBA HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2018: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Octubre 2018: Realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Noviembre 2018: - EL protocolo de agitación psicomotriz se divulgará mediante sesiones clínicas en los principales centros de salud del Sector: centros de salud del Sector Alcañiz: Andorra, Caspe, Alcañiz, Mas de las Matas. Se realiza coordinación con los diferentes encargados de docencia de estos centros de salud para establecer las fechas de las sesiones.

Diciembre - Se divulga por email a todos los profesionales tanto médicos como de enfermería, las fechas para la realización de las sesiones, para que puedan acudir.

12 abril de 2019: Reunión con Farmacéutica de Atención primaria del sector Alcañiz, para incorporar nuevos tratamientos en la atención de la agitación psicomotriz desde atención primaria.

Sesiones clínicas

Febrero 18 de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Andorra.

25 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Caspe

27 de marzo de 2019: sesión clínica centro de salud de Alcañiz.

6 de mayo 2019: sesión clínica centro de salud Mas de las Matas (aún por realizar)

Junio de 2019 Recogida de datos. Análisis de encuestas de satisfacción de los médicos de atención primaria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no ha finalizado y por tanto no tenemos resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hasta el momento, en las sesiones realizadas ha sido muy útil conocer de primera mano las necesidades de formación percibidas por los centros de salud y la posibilidad de aclarar dudas en directo. En estas reuniones ha surgido la necesidad de actualizar el botiquín de urgencias en los centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1336 ===== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirva de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Protocolo de contención mecánica y farmacológica.

Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

MÉTODO

MÉTODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA

Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

INDICADORES

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

DURACIÓN

Inicio:

Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector.

Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.

Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.

Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.

Duración: se provee que perdure en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE LICCET TATIANA DURAN SANDOVAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA
FRADE PEDROSA OLALLA
PEREZ MAICAS BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Septiembre 2018: Constitución del grupo de trabajo con elección del responsable. Se establecen las estrategias de trabajo.

Octubre 2018: Realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz desde el ámbito extrahospitalario, analizando los recursos del sector. Estas reuniones se han realizado con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.

Noviembre: Se ponen fechas para la realización de las sesiones clínicas del manejo de la Agitación psicomotriz, coordinándonos con los encargados de docencia de los principales centros de salud del sector Alcañiz: centro de salud de Alcañiz, de Andorra, de Caspe y Mas de las Matas.

Diciembre: Se divulga por email a todos los profesionales tanto médicos como de enfermería, las fechas para la realización de las sesiones, para que puedan acudir.

Febrero de 2019:

-18 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Andorra.
-25 de febrero de 2019: Sesión clínica Centro de Salud de Caspe.

Marzo de 2019:

-27 de marzo de 2019: sesión clínica centro de salud de Alcañiz.

12 de abril de 2019: Se programa reunión con farmacia del hospital de Alcañiz para plantear nuevos tratamientos farmacológicos que se puedan incorporar en los centros de salud, en caso de una agitación psicomotriz.

6 de Mayo de 2019: sesión clínica Centro de Salud Mas de las Matas.

Junio de 2019. Recogida de datos. Análisis de encuestas de satisfacción de los médicos de atención primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La satisfacción de los participantes rondó el 95%. La principal demanda de los compañeros desde atención primaria, era de tener a su disposición otros neurolépticos y benzodiazepinas, de administración oral o intramuscular, para la urgencia psiquiátrica. Se consensuó con farmacia de primaria, para complementar el botiquín que tiene los médicos de atención primaria de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica, que es atendida en muchas ocasiones por los médicos de atención primaria antes que por psiquiatría, por lo que ellos necesitan un arsenal farmacológico mas variado (que ya disponemos los psiquiatras) para hacer frente a esta urgencia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1336 ===== ***

Nº de registro: 1336

Título
PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Autores:
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, GONZALEZ PANZANO MANUEL, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La agitación psicomotriz es una urgencia psiquiátrica que puede acontecer en cualquier entorno, en el domicilio del paciente, la calle, en un hospital, en un centro de salud. El primer facultativo que se acerca a atender esta urgencia, suelen ser los médicos de atención primaria que muchas veces no tienen claro cómo proceder en estas situaciones, siendo tan variables, graves, y muchas veces violentas. Esta inquietud proviene desde los compañeros de primaria, por lo que creemos conveniente realizar un protocolo desde la unidad de salud mental, que sirve de apoyo a los compañeros en estas situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVOS GENERALES

Realizar un protocolo en el sector Alcañiz para la atención de los episodios de agitación psicomotriz en el ámbito extra hospitalario, accesible, claro y con actuaciones escalonadas, que facilite la actuación de los facultativos en estas situaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Protocolo de contención mecánica y farmacológica.
Esclarecer dudas legales sobre el transporte involuntario de los pacientes con agitación psicomotriz.

MÉTODO

MÉTODOS Y ACTIVIDADES DE MEJORA

Realización de un protocolo desde la Unidad de salud mental en caso de episodios de agitación psicomotriz, y extenderlo a los facultativos médicos encargados de acceder al paciente con esta urgencia en el ámbito extra hospitalario, a través de los diversos coordinadores de los centros de salud.

INDICADORES

INDICADORES

- Encuesta de satisfacción a los facultativos a los que le ha llegado el protocolo, evaluando la utilidad del protocolo.

DURACIÓN

Inicio:
Junio 2018: realización del protocolo de atención de la agitación psicomotriz analizando los recursos del sector. Estas reuniones se harán contando con los tres facultativos adjuntos de psiquiatría, un miércoles del mes.
Julio 2018: comunicación a farmacia del sector, para poder tener disponible las alternativas farmacológicas a los que los compañeros de primaria podrían tener acceso durante estas urgencias.
Agosto de 2018: divulgación del protocolo a los coordinadores de los diversos centros de salud.
Junio 2019: encuesta de satisfacción a los facultativos que han tenido acceso a los protocolos realizados.
Duración: se provee que perdure en el tiempo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1336

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE LA ATENCION DE LOS PACIENTES CON AGITACION PSICOMOTRIZ DESDE EL AMBITO EXTRA HOSPITALARIA EN EL SECTOR ALCAÑIZ

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ESTHER PEREZ ANGOSTO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PRADES ALQUEZAR MARIA PILAR
GASULLA FERRAS SONIA
GIL MESTRE RAQUEL PAULA
MORMENEO FALGAS ELENA
SERRANO JIMENEZ PILAR
GUILLEN IBAÑEZ ANA MARIA
MARTINEZ ARIÑO JORGE VICENTE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Constitución del grupo de trabajo formado por enfermeras y algunos de los técnicos de rayos del servicio. Detección de deficiencias existentes y metodología a emplear.

Elaboración de un borrador de la guía.

Para ser más concreto, nos centramos en la realización de una guía explicativa en la sala del TAC, que quizá sea la que sea más relevante en dar una información detallada y precisa al paciente, para garantizar una adecuada atención, puesto que en la gran mayoría de estas exploraciones se precisa de la perfusión de contrastes yodados intravenos.

Elaboración de una guía explicativa previa en castellano con las distintas indicaciones y explicaciones que se van a indicar a todo aquel paciente que se le va a realizar la exploración diagnóstica del TAC.

A esta guía se le han añadido unos pictogramas de cada una de las indicaciones, para poder dar información de forma sencilla a todas aquellas personas que no sea posible la lectura, o tenga limitaciones auditivas.

Esta guía se le entrega al paciente mientras espera en la sala de espera, para poder dar tiempo a su comprensión y resolución de dudas previamente a la realización de la prueba diagnóstica.

Posteriormente a la realización en castellano, se realiza traducción de la guía, así como del documento de consentimiento informado para perfusión de contraste intravenoso a los idiomas consensuados por el equipo como de mayor utilidad en nuestro entorno, rumano, inglés, francés, alemán y árabe.

Revisión y corrección de irregularidades lingüísticas, de expresión y/o contenido por personal nativo de los diferentes idiomas.

Elaboración como método de valoración de un cuestionario sencillo con dos preguntas a valorar por el paciente donde aporte información sobre la utilidad y la comprensión de la guía explicativa. Una tercera pregunta será contestada por el personal sanitario que ha realizado la exploración y valorará realmente si la información recibida y comprendida ha facilitado la colaboración del paciente y la exploración se ha realizado técnicamente de forma satisfactoria.

Para dar mayor validez a la prueba de la comprensión por parte del paciente, se darán por válidas aquellas contestaciones que puedan estar verificadas por algún acompañante que pudiese hacer de traductor.

El cuestionario de valoración tiene respuestas dicotómicas, así como visuales mediante caritas y está también traducido a su idioma.

Sesión explicativa y presentación del proyecto al resto de los miembros del servicio, incentivando la participación y colaboración de todos ellos y poder conseguir mayor alcance.

Entrega de la guía y consentimiento informado a los pacientes candidatos con limitaciones lingüísticas atendidos, así como la encuesta de satisfacción y registro de información obtenida durante los meses de junio a diciembre, de lunes a viernes en horario de mañana.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos registrados fueron obtenidos de la base de datos local.

Se atendió a 72 pacientes con barreras idiomáticas y/o sensoriales.

De ellos a 8 se les realizó nuevamente posterior control. No se contabilizan.

Nos encontramos que con 20 pacientes que es posible la comunicación perfectamente y en 44 tienen limitaciones importantes o alguna dificultad.

Consideramos a 44 que eran candidatos a entrar en el programa.

Se realiza entrega de la guía y consentimiento a un total de 22 pacientes.

Cuestionarios cumplimentados y contrastados con familiar acompañante como que la comprensión de los pacientes ha sido completa y la valoración positiva 15.

Cuestionarios no devueltos por el paciente 3.

Mal rellenados o sin acompañante para poder contrastar resultados 4. Se contabilizan como no válidos.

Ello nos da unos de 68,18% de resultados positivos y favorables de encuesta cumplimentadas, frente a 18,18 % de los que presentan resultados negativos, errores o por falta de credibilidad al no ir con acompañante el paciente y 13,63 % de las que han abandonado el proyecto sin obtener resultados.

La entrega de documentación y registro se llevo a cabo durante el horario de mañana y de lunes a viernes.

Durante el periodo vacacional quedó mermada la aplicación del proyecto debido a la elevada carga asistencial.

Tampoco se ha incluido en el recuento los pacientes procedentes de urgencias que por su situación no era viable la realización de encuestas. Aunque si, en algunas ocasiones de menor gravedad se les pudo ofrecer la información rápida mediante pictogramas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de ser muy laboriosa la tarea de la corrección en los distintos idiomas, pues se ha necesitado de pacientes o familiares que han hecho de forma voluntaria este trabajo. Se puede valorar como positiva entre los profesionales de nuestro servicio la creación de una herramienta que nos facilite la comunicación en estas situaciones que estamos tan limitados.

Minimizar posibles riesgos humanos derivados de barreras idiomáticas.

Mejorar la comunicación con el paciente para poder recoger antecedentes médicos personales de interés como son la diabetes o nefropatías, antecedentes de alergias a medicamentos, antecedentes de perfusiones con contrastes yodados, tratamiento con antidiabéticos orales, estar en ayunas, etc.

Informar al paciente sobre los síntomas normales y característicos que aparecen a los pocos segundos de comenzar la perfusión de contraste para que no se asuste y pueda distinguirlo de cualquier otro síntoma distinto y poder avisar lo más precozmente posible si se tratase de algún efecto adverso.

Igualmente, es responsabilidad del equipo sanitario la información previa de los posibles riesgos derivados en las reacciones alérgicas a los contrastes, así como solicitar consentimiento informado con autorización firmada por el paciente, previo al inicio de la exploración. Al tratarse de un documento legal, y de suma importancia, lo más adecuado es que todo ello sea facilitado en su idioma para una correcta comprensión y su voluntad no se vea vulnerada.

Mejora la relación entre el personal sanitario y el paciente, con lo que también se incrementan las expectativas de calidad de los profesionales.

Mejora en los resultados técnicos de la exploración obtenidos debido a la participación y colaboración activa del paciente, con el consiguiente ahorro de recursos tanto técnicos como materiales, minimizando los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes.

Se beneficiarían también del proyecto los pacientes con limitaciones sensoriales, puesto que se ha reforzado la guía con la asociación de unos pictogramas a la información escrita.

En algunos idiomas como el árabe, todavía nos queda acabar de revisar ciertos aspectos, con lo que sería recomendable acabar de pulir imperfecciones detectadas en la guía explicativa.

Igualmente, sería interesante implicar más al resto de compañeros ampliando la captación de pacientes al resto de los turnos de trabajo.

Hemos llegado a la conclusión que también sería recomendable que la entrega del consentimiento informado traducido en su idioma fuese entregado en la consulta del médico especialista solicitante para que pudiera leerlo en su domicilio y le facilitara tomar la decisión con más calma.

7. OBSERVACIONES.

Interrupciones repetidas y abandono de los colaboradores nativos en las revisiones de las traducciones.

Falta de teclado en árabe a nuestra disposición.

Perdida de información, por la no devolución del cuestionario final de valoración por parte de algunos pacientes, pese a haber hecho con él todo el trabajo previo.

Nos hemos encontrado con un ciertas personas que no sabían leer, por lo que ha tenido que participar más activamente el acompañante.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/921 ===== ***

Nº de registro: 0921

Título
PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISION DE LA INFORMACION EN LA SECCION DE TC DEL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
PEREZ ANGOSTO ESTHER, PRADES ALQUEZAR PILAR, GASULLA FERRAS SONIA, GIL MESTRE RAQUEL PAULA, MORMENEO FALGAS ELENA, SERRANO JIMENEZ MARIA PILAR, GUILLEN IBAÑEZ ANA MARIA, MARTINEZ ARIÑO JORGE VICENTE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El incremento cada vez mayor de pacientes que acuden al servicio de rayos con una serie de barreras tanto idiomáticas como sensoriales, lo que supone una gran dificultad para el personal que le atiende de conseguir una exploración radiológica de calidad y por otro lado también un riesgo para el paciente al no comprender las indicaciones ya que un porcentaje muy elevado precisan de la administración de contraste yodado intravenoso, hace evidente la necesidad de crear una herramienta que nos facilite la comunicación en este tipo de situaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Generales
 - Ofrecer a los pacientes que presenten una barrera idiomática o sensorial una información en términos comprensibles disminuyendo así tanto el riesgo derivado de la administración de contrastes intravenosos como el de los efectos producidos por las radiaciones ionizantes, garantizando al mismo tiempo los derechos de los usuarios.
 - Facilitar una herramienta al resto de los profesionales del servicio de rx, ya que muchas de las indicaciones pueden ser útiles en el resto de salas.
 2. Específicos
- Todos los pacientes con limitaciones idiomáticas y sensoriales que precisen un TC durante los meses de junio a diciembre del 2019, comprenderán la información y las indicaciones transmitidas para poder colaborar dentro de sus posibilidades en la realización de una exploración segura y de calidad.

MÉTODO

- Elaboración de un manual en diferentes idiomas, así como en pictogramas con la información e indicaciones más relevantes.
- Creación de un grupo de trabajo
 - Fijar y consensuar metodología en la realización del proyecto
 - Reparto de tareas y búsqueda bibliográfica entre los distintos componentes.
 - Confeccionar primero el manual en castellano con pictogramas para luego traducirlo a inglés, francés, alemán, árabe, rumano.
 - Elaborar un consentimiento informado traducido a los diferentes idiomas donde se registre que reúne los requisitos necesarios para realizar la prueba (alergias, medicamentos...)
 - El día de la exploración, en la sala de espera, le entregaremos el manual y el consentimiento informado para que pueda consultarlo tranquilamente.
 - Una vez dentro de la sala, le solicitaremos que nos responda a cada una de las preguntas requeridas, para resolver las dudas que puedan surgir.
 - Finalizada la exploración le entregaremos un sencillo cuestionario, para comprobar y medir la utilidad de este proyecto.
 - Elaboración de una hoja Excel donde se reflejen los resultados obtenidos.

INDICADORES

- Indicadores de proceso:
- Registro del número de pacientes con barreras idiomáticas o sensoriales.
 - Registro del número de folletos entregados a los pacientes.
 - Registro del número de encuestas finales entregadas.
- Indicadores de resultado:
- Registro del número de encuestas finales cumplimentadas satisfactoriamente
 - Registro del número de encuestas finales cumplimentadas no favorables.

DURACIÓN

- Marzo 2019: creación del grupo de trabajo, planificación y elaboración de la directriz del proyecto.
Abril 2019: reunión para elaborar el manual, hoja excel y la encuesta final en español. Reparto de la traducción a los diferentes idiomas.
Mayo 2019: puesta en común de los diferentes manuales. Reunión con el resto del servicio para explicar el proyecto y solicitar su colaboración.
Junio 2019: identificación de la población diana y entrega del manual correspondiente antes de la exploración y encuesta de satisfacción al finalizarla. Registro de la actividad en la hoja Excel.
Diciembre 2019: evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Quedaran excluidos los pacientes que en caso de urgencia y debido a su estado físico y/o mental no puedan colaborar.
Tras la evaluación final del proyecto se valorará la implementación de los consentimientos traducidos en las principales consultas de demanda (oncología, neurología o cirugía).

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0921

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN LA TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN EN LA SECCIÓN DEL TAC DEL SERVICIO DE RAYOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1109

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA GUA PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PRADES ALQUEZAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. RADIODIAGNOSTICO
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ANGOSTO ESTHER
FRAGA MILIAN CARMEN
GASULLA FERRER SONIA
GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR
GARCIA CASTELLANOS JUAN MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 18 de marzo se creó un grupo de trabajo compuesto por tres enfermeras y tres TER todos ellos trabajadores del servicio de radiodiagnóstico. Durante el mes de abril se realizó una búsqueda individualizada de la información disponible y el 29 de abril se puso en común y se elaboró una guía-registro con los requerimientos, material y cuidados necesarios para una biopsia hepática percutánea. Tras ser consensuada con el servicio de digestivo se distribuyó por las plantas y se modificó el PAE ya existente adaptándolo a las nuevas recomendaciones. Durante los meses de junio a diciembre se hizo un registro de todos los pacientes a los que se les realizó una biopsia hepática percutánea en el hospital de Alcañiz anotando si cumplían o no con los requisitos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se elaboró una guía-registro con los requisitos necesarios, material y cuidados y se aplicó a todos los pacientes programados para una BHP en el servicio de radiodiagnóstico del Hospital de Alcañiz durante los meses de junio a diciembre de 2019. De un total de nueve pacientes, tres cumplían con todos los requisitos y seis precisaron ser revisados ya que no cumplían con algunos de ellos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las fechas donde fueron registrados los pacientes coincidió con periodo vacacional (personal nuevo trabajando en las plantas) lo que favoreció el desconocimiento del PAE modificado para la BHP. La sesión clínica cuyo uno de los objetivos era dar a conocer el proyecto a todo el personal del hospital se realizó a finales de año y solo acudieron dos enfermeras ajenas al servicio de radiodiagnóstico. Creemos que debemos volver a informar al personal de enfermería que trabaja en las plantas e incidir en la importancia de esta prueba ya que sus complicaciones pueden acarrear graves consecuencias para la salud del paciente. Valoramos positivamente el proyecto ya que por un lado se han consensuado los requerimientos y cuidados necesarios entre los distintos profesionales que atienden al paciente y por otro lado se asegura el cumplimiento de los requisitos evitando cometer errores que pongan en peligro su seguridad. Así mismo consideramos importante revisar periódicamente el contenido de la guía-registro ya que puede variar en función de los resultados obtenidos en las nuevas publicaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1109 ===== ***

Nº de registro: 1109

Título
ELABORACION DE UNA GUIA PARA LA REALIZACION DE LA BIOPSIA HEPATICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Autores:
PRADES ALQUEZAR PILAR, PEREZ ANGOSTO ESTHER, FRAGA MILIAN CARMEN, GASULLA FERRER SONIA, GARCIA VILLANUEVA MARIA PILAR, GARCIA CASTELLANOS JUAN MANUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología: Pacientes con patología hepática crónica
Línea Estratégica ..: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1109

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UNA GUA PARA LA REALIZACIÓN DE LA BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTANEA EN EL SERVICIO DE RADIODIAGNOSTICO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La biopsia hepática es una técnica que se realiza en la sección de ecografía del servicio de Radiodiagnóstico los miércoles a primera hora de la mañana.

La ausencia de una guía donde se refleje el cumplimiento de los requisitos previos, material y cuidados que requiere esta prueba, favorece la aparición de errores que ponen en peligro la seguridad del paciente y su correcta realización.

RESULTADOS ESPERADOS

Los pacientes programados de BHP en el servicio de Radiodiagnóstico durante los meses de junio a diciembre de 2019 cumplirán los requisitos necesarios para la realización de la prueba, quedando todo ello debidamente registrado.

MÉTODO

Creación de una guía-registro consensuada con el servicio de digestivo, donde se reflejen los requerimientos necesarios para la realización de la prueba y los cuidados recomendados tras ella.

El día de la prueba, en la sala de ecografías se comprobará que el Check-list procedente de la planta esté debidamente cumplimentado y se seguirán los pasos recomendados en la guía dejando constancia de los cuidados recibidos y las complicaciones que hayan surgido hasta el momento en el que el paciente abandone la sala.

Al finalizar el procedimiento se informará al paciente sobre las recomendaciones a seguir para evitar posibles complicaciones.

INDICADORES

- Registro del número de pacientes a los que se les realiza una BHP.
- Registro del número de pacientes que cumplen los requisitos.
- Registro del número de pacientes que no cumplen los requisitos.

DURACIÓN

- Marzo 2019: creación de un grupo de trabajo y planificación del proyecto.
- Abril 2019: revisión bibliográfica y elaboración del listado de requerimientos, material y cuidados necesarios para la prueba.
- Mayo 2019:
 - Reunión con el servicio de digestivo para consensuar la guía de cuidados.
 - Elaboración de la guía-registro de biopsias.
 - Sesión clínica dirigida al resto de los compañeros del servicio previa al inicio del proyecto.
- Junio/diciembre 2019: implantación de la guía-registro.
- Octubre 2019: reunión del grupo de trabajo para revisar el seguimiento del proyecto.
- Enero 2019: evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Una vez instaurada la fase de proyecto y tras la posterior evaluación de resultados y modificaciones en caso de ser necesario, se dará continuidad a este proyecto de forma indefinida.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0219

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE SUSANA LUCEA SODRIC
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIDAL ABOS ANA MARIA
LOPEZ GONZALO ISABEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
MARTI AMELA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado un procedimiento de actuación que contempla 4 fases:
- Actuación en el período agudo (paciente encamado)
- Actuación en el período subagudo (paciente que comienza a levantarse)
- Actuación en el período de estado (reeduación funcional)
- Período de mantenimiento

El protocolo ha sido revisado por los médicos rehabilitadores.
Se ha hecho formación en el servicio.
Se ha enviado a la Unidad de Calidad para ser colgado en la intranet.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Está completamente implantado. Durante el año 2017 ha habido un total de 58 interconsultas con diagnóstico de ICTUS, el 100% han sido valoradas por los FEA en Medicina Física y Rehabilitación en un tiempo inferior a 48 H. Después de la valoración médica a 45 pacientes se les prescribió tratamiento fisioterápico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han normalizado las actuaciones que venimos realizando en el servicio de rehabilitación con respecto a los pacientes diagnosticados con dicha patología para eliminar la variabilidad de la práctica, cumpliendo lo pactado dentro del código ictus.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/219 ===== ***

Nº de registro: 0219

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Autores:
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, LOPEZ GONZALO ISABEL, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, LUCEA SODRIC
SUSANA, MENA MILAN MARIA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0219

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON ICTUS AGUDO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque .: Gestión por procesos
Otro Enfoque.:

PROBLEMA

Durante este año se ha documentado e implantado el proceso de atención al ictus en el hospital de Alcañiz. El último subproceso es el subproceso de rehabilitación, donde se describen el proceso organizativo de la asistencia a estos pacientes. Sin embargo falta de establecer y documentar el proceso clínico de atención fisioterápica a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer, documentar, implementar y medir la atención clínica estos pacientes y en última instancia homogeneizar la atención prestada

MÉTODO

Establecimiento de las actividades del procedimiento tras analizar las guías clínicas de referencia.
Implementación a lo largo del año
Medición de indicadores

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento
% de pacientes que tardan más de 48 horas en acceder a la atención fisioterápica desde la solicitud del médico rehabilitador.

DURACIÓN

Enero-Mayo 2017 Elaboración del procedimiento. (Documentación de lo que se hace + búsqueda bibliográfica con modificación de los aspectos que se consideren necesarios).
Junio-Diciembre 2017. Implementación del procedimiento
Diciembre 2017. Medición de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0253

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE ISABEL LOPEZ GONZALO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASPAR ANDREU JUAN CARLOS
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
LUCEA SODRIC SUSANA
MARTI AMELA ANA ISABEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.

- Elaboración de manual de acogida. Este manual incluye las siguientes secciones:

- Trámites en el proceso de incorporación: accesos informáticos, uniformes, reconocimiento médico, tarjeta identificativa...
- Tratamiento de datos personales: aspectos principales de la ley de protección de datos
- Estructura y funcionamiento del servicio
- Pautas de actuación ante accidente laboral y enfermedad profesional
- Actuación en aislamientos
- Gestión de residuos
- Estructura del hospital y teléfonos principales

- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto está terminado e implantado en el Servicio de Rehabilitación desde el pasado mes de Diciembre del 2017. Dicho documento no ha sido entregado a ningún trabajador puesto que no ha habido ninguna nueva incorporación a dicho servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la entrega del manual de acogida se conseguirá mejorar la eficiencia en la incorporación al Servicio de Rehabilitación de los trabajadores, mediante un documento que muestra los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo del hospital, así como la organización del propio servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/253 ===== ***

Nº de registro: 0253

Título
MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
LOPEZ GONZALO ISABEL, GASPAR ANDREU JUAN CARLOS, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, LUCEA SODRIC SUSANA, MENA MILAN MARIA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, RENAU HERNANDEZ ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

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:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0253

1. TÍTULO

MANUAL DE ACOGIDA DEL SERVICIO DE REHABILITACION

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

PROBLEMA

El año pasado se diseñó el proceso de rehabilitación del hospital de Alcañiz. Sin embargo nos ha faltado definir un procedimiento clave: el Manual de acogida a los trabajadores del proceso.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la eficiencia en la incorporación al trabajo de los trabajadores mediante un documento que muestre los aspectos clave de los distintos puestos de trabajo así como la organización en el servicio.

MÉTODO

- Creación de grupo de trabajo multidisciplinar.
- Elaboración de manual de acogida.
- Explicación y entrega de manual de acogida a cada trabajador junto con la firma de un "recibí".

INDICADORES

- Disponibilidad del documento.
- % de nuevos trabajadores que han firmado el recibí del manual de acogida.

DURACIÓN

- Septiembre 2016 - Mayo 2017: Elaboración del manual de acogida.
- Mayo-Septiembre 2017: entrega del manual de acogida al personal de nueva incorporación

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 - 2016/1317

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE ANGIE LEIDA SANTAMARIA FAJARDO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA
POLO ROYO MARCO
MENA MILAN MARIA
LOPEZ PEREZ MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones intrahospitalarias con fecha de 7 de Septiembre 2017 y 5 Octubre de 2017.

El objetivo fue mostrar el vídeo explicativo sobre las movilizaciones de pacientes, dirigido al personal sanitario y además se entregó el tríptico a cada uno de ellos en el cual iba enlazado el vídeo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El porcentaje de personal sanitario estable que asistió a la proyección de los vídeos en el salón de actos fue de 40,74%.

El porcentaje de personal sanitario sustituto que asistió a la proyección de los vídeos en el salón de actos fue de 59,26%.

El número de trípticos totales entregados fue de 100.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con este proyecto se ha cumplido el objetivo de formar al personal sanitario del Hospital de Alcañiz en cuanto a la movilización de pacientes.

Con la entrega de los trípticos la idea era llegar tanto a los profesionales sanitarios como a los cuidadores de los pacientes, por lo que más adelante se ampliará el número de trípticos para entregar en cada una de las plantas de hospitalización para que puedan estar accesibles a mayor número de personas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1317 ===== ***

Nº de registro: 1317

Título
RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

Autores:
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, POLO ROYO MARCO, MENA MILAN MARIA, LOPEZ PEREZ MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención de complicaciones derivadas del encamamiento prolongado y seguridad en la movilización del paciente.
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Sociales / Poblacionales.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La movilización de pacientes previene la aparición de úlceras por presión, mejora la función cardiovascular y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1317

1. TÍTULO

RECOMENDACIONES Y MEDIDAS DE PREVENCION EN LA MOVILIZACION DE PACIENTES

respiratoria y evita la rigidez articular. El impacto que supone en la calidad de vida del paciente evitar las complicaciones derivadas del encamamiento, justifica la toma de medidas que las promueva y que estimulen que la familia y cuidadores tengan un papel activo en la prevención de este proceso. Sin embargo hemos observado reiteradamente que las prácticas de movilización de los pacientes, tanto por parte del personal del hospital, como por parte de los cuidadores no son siempre las más adecuadas. Esto se acentúa durante el período estival con la llegada de nuevos trabajadores para sustituciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Formar al personal del Sector sanitario de Alcañiz y a los cuidadores de pacientes inmovilizados en las prácticas más seguras de movilización de estos pacientes.

MÉTODO

- Elaboración de un tríptico y un video explicativo orientado a familiares cuidadores de pacientes con riesgo de encamamiento y a trabajadores del sector sanitario de Alcañiz. Se podrá acceder al video mediante el tríptico a través de códigos QR, actuando como refuerzo positivo, permitiendo así un aprendizaje dinámico que refuerce y estimule su realización. Dividimos el tríptico en los siguientes apartados: Principios de organización, ergonomía postural, movilización en la cama, movilización de tumbado a sentado en la cama, movilización de sentado en la cama a sentado en la silla, traslado de la silla al inodoro. Todos ellos con descripción escrita, imagen y posibilidad de video asociado a código QR.
- Ambos formatos serían mostrados/entregados al personal sanitario relacionado directamente con la movilización de estos pacientes, especialmente en el momento de la acogida en el hospital.

INDICADORES

- % de personal auxiliar estable que ha asistido a la proyección del vídeo en el salón de actos.
- % de personal auxiliar sustituto que ha asistido a la proyección del vídeo de acogida en el salón de actos.
- N° de trípticos entregados.

DURACIÓN

- Abril- Mayo. Elaboración de tríptico y video.
- Junio: Sesión de vídeo repetida para profesionales auxiliares habituales con registro de asistencia.
- Julio-Agosto: Sesión de vídeo + entrega de folletos a profesionales sustitutos en sesión de acogida.
- Enero 2018: Evaluación.

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 - 2016/1319

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA
POLO ROYO MARCO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el mes de Junio se incorporó el Servicio de Rehabilitación a la interconsulta virtual.

Desde ese momento hasta el 31 de Octubre se realizaron un total de 342 interconsultas virtuales (siendo 31 de alta preferencia, 84 preferentes y 227 normales)

A fecha actual la interconsulta sigue en activo, incorporándose además las interconsultas presenciales, que hoy en día también las estamos contestando virtualmente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de las interconsultas virtuales fueron contestadas con una demora inferior a 7 días. (Que a día de hoy se está manteniendo).

Se ha observado un descenso en el número de solicitudes de RMN realizadas por los médicos de Atención Primaria, sobre todo a partir de Agosto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde la implantación de la interconsulta virtual, se ha cumplido con el objetivo de que los médicos rehabilitadores den prioridad a aquellas interconsultas virtuales solicitadas por los médicos de Atención primaria en función de la patología y gravedad de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1319 ===== ***

Nº de registro: 1319

Título
INTERCONSULTA VIRTUAL EN LAS CONSULTAS DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, POLO ROYO MARCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda patología subsidiaria de ser valorada y tratada en el Servicio de Rehabilitación, incluidas en cartera de servicios.
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Desde la consulta percibimos que a veces no se prioriza de forma adecuada la cita de patologías que debieran verse de forma preferente o urgente (por ejemplo incidencia reciente de una fractura de codo que tardó semanas en llegar a la consulta).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1319

1. TÍTULO

INTERCONSULTA VIRTUAL DEL SERVICIO DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

- Desde atención primaria se nos solicita colaboración ante el incremento considerable del número de resonancias magnéticas solicitadas por los centros de salud en relación con la implantación del protocolo de derivación de patología osteomuscular del sector, que si bien ha conseguido ajustar considerablemente la demanda ha tenido como consecuencia problemas de adecuación a la hora de ser solicitadas.

- Por otra parte en ocasiones los pacientes llegan antes que las resonancias, duplicando citas, por lo que se hace necesario ajustar la fecha de la cita a la fecha de la resonancia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Que las citas sean priorizadas por los médicos rehabilitadores previa cita mediante interconsulta virtual solicitada por los médicos de atención primaria.

- Que a través de esa consulta virtual, cuando se cite al paciente, serán los propios médicos rehabilitadores los que harán la indicación de resonancia si procede, que será solicitada a nombre del médico rehabilitador.

- Que los pacientes lleguen a la consulta de Rehabilitación con la resonancia hecha.

MÉTODO

- Implantar la interconsulta virtual en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El contrato de gestión no ha incluido al servicio de Rehabilitación entre los servicios que la van a implantar este año y consideramos necesario su implementación.

- Formación en el manejo del software de la interconsulta virtual.

- Difusión de la información en los centros.

INDICADORES

- Demora inferior a 7 días para responder a la interconsulta virtual en un mes al azar (excluido período vacacional).

- Número de resonancias solicitadas por Atención Primaria.

DURACIÓN

- Implantación de la consulta virtual. Mayo 2017.

- Formación en el manejo de la interconsulta virtual. Mayo 2017.

- Evaluación: Enero 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0327

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA HERRANDO PEIRO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALO ISABEL
LUCEA SODRIC SUSANA
VIDAL ABOS ANA MARIA
MARTI AMELA ANA BELEN
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

• Se ha realizado un protocolo para la rehabilitación de pacientes intervenidos de prótesis de cadera. Dicho protocolo contempla las actuaciones a llevar a cabo según dos fases: hospitalaria y ambulatoria. Incluye también unas recomendaciones para los pacientes.

• Se ha llevado a cabo un registro del 1 de junio al 31 de diciembre de 2018 de los pacientes tratados en el servicio de fisioterapia con el diagnóstico de prótesis de cadera.

• Al inicio y al final del tratamiento se les ha realizado una valoración de su nivel de dolor a través de la Escala Visual Analógica (EVA)

Los valores obtenidos en esta escala se han registrado en una hoja adjunta a su ficha de fisioterapia y se ha incorporado a su historia clínica una vez finalizado el tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de junio al 31 de diciembre de 2018 se han atendido en el servicio de fisioterapia 3 pacientes con prótesis de cadera, a los cuales se les ha aplicado este protocolo de actuación y se les ha realizado la valoración a través de la escala numérica EVA tanto al inicio como al final del tratamiento.

De dichos pacientes, el 100% ha disminuido en un punto o más el resultado de la escala EVA, además han mejorado su movilidad general y han conseguido una buena funcionalidad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El porcentaje de pacientes que han llegado a nuestro servicio de fisioterapia con prótesis de cadera ha sido mínimo en comparación con las intervenciones quirúrgicas que se realizan. Solo se han derivado pacientes cuya evolución ha sido desfavorable y con limitaciones funcionales importantes, dolor y un desconocimiento de las pautas que deberían seguir para una recuperación en su domicilio. Por ello, se recomienda agilizar los periodos de tiempo de revisiones postquirúrgicas para detectar aquellos casos cuya evolución sea más lenta para así comenzar antes el tratamiento fisioterapéutico en condiciones más óptimas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/327 ===== ***

Nº de registro: 0327

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

Autores:
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA, LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, MARTI AMELA ANA BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0327

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE CADERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: M16
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de cadera, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación.
Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas transmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

Objetivo general:

Mejora de la calidad de vida del paciente y aumento de la independencia de sus actividades de la vida diaria

Objetivos específicos:

- Disminución el dolor
- Incremento de la movilidad funcional del paciente
- Conseguir un buen balance muscular
- Reeduación de la marcha

MÉTODO

Elaboración de un protocolo clínico que incluye instrucciones a los pacientes
Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de cadera derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de cadera

DURACIÓN

1 año

OBSERVACIONES

Línea de estrategia: mejora de los procesos asistenciales que inciden en la salud y la calidad de vida de los pacientes tras una intervención de sustitución de prótesis de cadera.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0345

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE ANA BELEN MARTI AMELA
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GONZALO ISABEL
LUCEA SODRIC SUSANA
VIDAL ABOS ANA MARIA
PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL
HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Desarrollo de protocolo sobre prótesis de rodilla.
Elaboración de la hoja de valoración de la Escala Visual Analógica (EVA) que se incluirá en la Hª de fisioterapia.
Aplicación de tratamiento en prótesis de rodilla derivados a fisioterapia.
Registro informático de EVA al inicio y al final del tratamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Desde el 1 de junio hasta el 31 de diciembre del 2018 un total de 12 pacientes han sido derivados por prótesis de rodilla a la unidad de fisioterapia. De los cuales un 83.3% han obtenido una mejora mayor de un punto en la escala EVA. Mientras que un 16.7% de los pacientes no obtuvieron ninguna variación entre el control inicial y final. También se ha conseguido incrementar la movilidad y fuerza muscular y reeducar la marcha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Del total de pacientes intervenidos por PTR solamente un porcentaje pequeño es derivado a la unidad de fisioterapia debido a que son pacientes que presentan un retraso en su evolución clínica. Este retraso en la evolución es debido a que han sufrido complicaciones o el período de inicio de tratamiento fisioterápico se ha demorado por la existencia de un tiempo excesivo en las listas de espera. Como consecuencia hay un aumento de rigidez, edemas instaurados, debilidad muscular, prolongación de la necesidad de ayuda ortopédica y malos hábitos adquiridos. Muchos de los pacientes que presentan complicaciones o retraso en su evolución no han sido intervenidos en nuestro hospital. Por lo que se deduce que son pacientes que no han seguido el protocolo de control por parte de rehabilitación. Se sugiere que cuando se concrete fecha por una IQ de PTR en otro centro hospitalario, se les solicite una cita para el control postquirúrgico en rehabilitación, disminuyendo los tiempos de aplicación del protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/345 ===== ***

Nº de registro: 0345

Título
PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Autores:
MARTI AMELA ANA BELEN, LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, PARDO BAEZA MIGUEL ANGEL, HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: M17
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0345

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO CLINICO DE ATENCION FISIOTERAPICA AL PACIENTE CON PROTESIS DE RODILLA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Durante nuestro trabajo diario en el servicio de fisioterapia se ha observado que los pacientes no tienen la información suficiente sobre las pautas a seguir tras la intervención de prótesis de rodilla, lo que puede traducirse en un incremento del dolor y en el alargamiento del tiempo de recuperación. Por lo que se ha visto la necesidad de establecer un protocolo.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo de tratamiento para homogeneizar la atención prestada
Proporcionar una información normalizada a los pacientes resolviendo las dudas transmitidas por los mismos.
Reducir el tiempo de recuperación en los pacientes con prótesis de cadera.

MÉTODO

Inicio del tratamiento fisioterápico en gimnasio según prescripción facultativa.
Escucha activa de las dudas y dificultades encontradas por el paciente para sus actividades de la vida diaria.
Pautas, consejos y ejercicios a nivel domiciliario.
Desarrollo del protocolo adaptado según necesidades y características individuales y evolución del proceso.

INDICADORES

Disponibilidad del procedimiento. % de pacientes con prótesis de rodilla derivados a RHB a los que se le aplica el procedimiento.
Disminución del dolor. % de medida entre el EVA del primer día y del día de alta
Medición del tiempo medio de recuperación en fisioterapia de los pacientes con prótesis de rodilla

DURACIÓN

Un año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TERESA AYALA ORTIZ DE SOLORZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
POLO ROYO MARCO
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1- Se han cuantificado durante el período de 4 meses en la consulta de Rehabilitación, el número de hojas de recogida de datos utilizadas en ese período de tiempo. Dicha hoja fue aprobada por el hospital hace un tiempo. El objetivo era disponer de una hoja de recogida de datos, que fuera común para todos los facultativos del servicio de Rehabilitación, para unificar criterios de la recogida de datos y toma de mediciones en pacientes con clínica o sospecha de linfedema.

2- Además de la puesta en marcha de la utilización de la hoja de recogida de datos de mediciones en linfedema, se ha elaborado un protocolo de actuación para establecer criterios de periodicidad de revisiones en la consulta de rehabilitación y establecer cuando derivar a tratamiento fisioterápico. El protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PACIENTE CON SOSPECHA O CLÍNICA DE LINFEDEMA TRAS VALORACIÓN EN LA CONSULTA DE REHABILITACIÓN. PERIODICIDAD DE LAS CONSULTAS DE REVISIÓN Y DERIVACIÓN PARA TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO.

A. ANTE UN PACIENTE CON LINFEDEMA PRIMARIO:

-Si presenta un linfedema grado I: se revisará a los 6 meses. Si es estable a los 6 meses, se dará una revisión en 1 año. Si es estable se dará de ALTA.

-Si presenta un linfedema grado II-III: se iniciará tratamiento fisioterápico. Tras el mismo, si hay mejoría se revisará a los 3 meses. Si es estable a los 3 meses, se revisará a los 6 meses. Posteriormente si se mantiene estable se revisará al año.

* Si entre revisiones se observara un aumento de tamaño de 2 o más centímetros en 2 o más mediciones, se pautará tratamiento fisioterápico en dicho momento.

B. ANTE UN PACIENTE CON LINFEDEMA SECUNDARIO:

1- Si se le ha realizado una técnica de ganglio centinela: revisión a los 6 meses.
-Si NO se observa linfedema: ALTA

-Si se observa linfedema: se pautará tratamiento fisioterápico. Tras su finalización, se revisará cada 6 meses hasta su estabilización y posteriormente si está estable: revisión cada año.

2- Si se ha realizado una linfadenectomía: revisión a los 3 meses.

-Si NO presenta linfedema o linfedema grado I: Revisión cada 6 meses durante el primer año. Posteriormente otra revisión anual. Si no aparece linfedema: ALTA.

-Si aparece linfedema grado II-III: se pautará tratamiento fisioterápico. Tras su finalización, se revisará cada 3 meses, hasta estabilidad. Posteriormente si se estabiliza: revisión cada 6 meses.

* Si entre revisiones se observara un aumento de tamaño de 2 o más centímetros en 2 o más mediciones, se pautará tratamiento fisioterápico en dicho momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha cuantificado el número total de pacientes con linfedema en este período: 27 pacientes (siendo el 92,6% linfedemas secundarios y un 7,4% linfedemas primarios).

% de pacientes en los que consta en la historia clínica el registro de la hoja de recogida de datos de linfedema cumplimentada: en el 100% (los 27 pacientes)

% de pacientes en los que se ha observado entre revisiones, un aumento en 2 o más mediciones diferentes de más de 2 cm y/o han sido diagnosticados inicialmente de linfedema grado II-III: un 40%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

% de pacientes con aumento de más de 2 cm en 2 o más mediciones diferentes y/o diagnosticados inicialmente de linfedema II-III, que han sido derivados a tratamiento fisioterápico: en el 100%

% de pacientes de grado II-III que fueron revisados cada 3-6 meses-1 año. (Según consta en protocolo): en un 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La hoja de recogida de datos y mediciones en pacientes con clínica o sospecha de linfedema, se ha realizado en todos los pacientes (100%)

-Con este protocolo, hemos unificado criterios entre los distintos especialistas.

-Todos los pacientes con linfedema grado II-III han sido derivados a tratamiento fisioterápico.

-Con el procedimiento actual se están cumpliendo los plazos de revisión establecidos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/393 ===== ***

Nº de registro: 0393

Título
UTILIZACION DE LA HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA O SOSPECHA DE LINFEDEMA EN LA CONSULTA DE REHABILITACION, ASI COMO PROTOCOLO DE DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Autores:
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, POLO ROYO MARCO, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: Linfedema
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con linfedema tanto en extremidad superior como inferior.

Con motivo de unificar la recogida de datos en las historias clínicas, así como una mejor evaluación de dichos pacientes, se elaboró una hoja de recogida de datos que fue aprobada por el hospital para su uso, la cual ya se puso en funcionamiento.

Además hay cierta confusión en qué momento derivar a tratamiento fisioterápico y con qué frecuencia se debería revisar en la consulta, es por ello que se pretende establecer un protocolo de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación con los objetivos de:

-Realizar una mejor valoración de los pacientes con linfedema en nuestras consultas, con la utilización de una hoja de recogida de datos común.

-Establecer un protocolo de actuación para determinar la periodicidad de las revisiones en consulta, así como del momento de derivación a tratamiento fisioterápico.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0393

1. TÍTULO

UTILIZACION DE HOJA DE RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MEDIDAS ANTE CLINICA/SOSPECHA DE LINFEDEMA EN CONSULTA DE REHABILITACION. PROTOCOLO DE ACTUACION EN CONSULTA Y DERIVACION A TRATAMIENTO FISIOTERAPICO

Elaboración de un protocolo de linfedema (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación, así como de la utilización de la hoja de recogida de datos para evaluar a dichos pacientes (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

INDICADORES

% de utilización de la hoja de recogida de datos de linfedema en la historia clínica. (valor por encima del 80%)

% de cumplimiento del protocolo de linfedema (valor por encima del 80%)

DURACIÓN

-Abril: Elaboración del protocolo de actuación en linfedema.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de hojas de recogida de datos utilizadas en las historias clínicas.

-Septiembre: memoria y evaluación del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARCO POLO ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Se ha elaborado un protocolo, en el que se han incluido los criterios para la solicitud de pruebas neurofisiológicas en el servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. El protocolo es el siguiente:

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ ANTE LA SOSPECHA CLÍNICA DE RADICULOPATÍA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACIÓN DE NERVIOS PERIFÉRICOS EN EXTERMITADES SUPERIORES Y/O INFERIORES.

a) Ante sospecha de Radiculopatía cervical:

-Si un paciente que es derivado a nuestras consultas, presenta un cuadro de cervicobraquialgia unilateral o bilateral, asociándose un déficit del balance muscular, con o sin parestesias, solicitaremos un Electromiograma (EMG) de extremidades superiores, independientemente del tiempo de evolución (agudo/crónico). Se exceptuarán aquellos casos ya conocidos, o que no haya progreso de la sintomatología.

-No solicitaremos un EMG de extremidades superiores, en aquellas cervicobraquialgias que no impresionen de atrapamiento de la raíz, o que la clínica de parestesias/disestesias sean inespecíficas, sin seguir un patrón claro de un dermatoma determinado o una pérdida de fuerza no objetivada.

-En todos aquellos pacientes en los que el resultado del EMG sea patológico, se deberá completar el estudio con la prueba de imagen correspondiente (RMN o TAC), si no la disponía ésta previamente.

b) Ante sospecha de Radiculopatía lumbar:

-Si un paciente que es derivado a nuestras consultas, presenta un cuadro de lumbociática unilateral o bilateral, asociándose un déficit del balance muscular, con o sin parestesias, solicitaremos un EMG de extremidades inferiores, independientemente del tiempo de evolución (agudo/crónico). Se exceptuarán aquellos casos ya conocidos, o que no haya progreso de la sintomatología.

-No solicitaremos un EMG de extremidades inferiores, en aquellas lumbociáticas que no impresionen de atrapamiento de la raíz, o que la clínica de parestesias/disestesias sean inespecíficas, sin seguir un patrón claro de un dermatoma determinado o una pérdida de fuerza no objetivada.

-En todos aquellos pacientes en los que el resultado del EMG sea patológico, se deberá completar el estudio con la prueba de imagen correspondiente (RMN o TAC), si no la disponía ésta previamente.

c) Ante sospecha de atrapamiento nervioso en Extremidades Superiores:

-Solicitaremos un Electroneurograma (ENG) cuando la clínica y exploración, nos haga sospechar un atrapamiento nervioso a nivel de la extremidad superior.

-Patologías más frecuentes a sospechar:

-Patología más frecuente es el Síndrome del túnel carpiano (STC). Corresponde al atrapamiento del nervio mediano a nivel de la muñeca y se caracteriza por parestesias en territorio mediano (1er, 2º y 3er dedo de la mano) Puede ser unilateral o bilateral, y son de predominio nocturno. En la exploración podemos observar en la mayoría de los casos una maniobra de Tinel positiva, maniobra de Phalen positiva y maniobra de Durkan positiva.

-Otras patologías menos frecuentes: atrapamiento nervio cubital a nivel de la muñeca, atrapamiento nervio cubital o mediano a nivel del codo. La sintomatología predominante serán parestesias en el territorio correspondiente con o sin déficit.

d) Ante sospecha de atrapamiento nervioso en extremidades inferiores:

-Solicitaremos un Electroneurograma (ENG) cuando la clínica y exploración, nos haga sospechar un atrapamiento nervioso a nivel de la extremidad inferior.

-Patologías más frecuentes a sospechar:

-Afectación del CPE (clínica de pie caído, déficit a nivel dorsiflexores del tobillo), habiendo descartado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

patología lumbar.

-Síndrome del Túnel del Tarso (parestesias en cara lateral del pie)

2-Se ha registrado en una base de datos, todos los EMG/ENG solicitados durante el período de tiempo de 4 meses. El número total de pacientes a los que les solicitó estas pruebas complementarias ha sido de: 141, de los cuales se distribuyen de la siguiente manera:

-A 85 pacientes se les solicitó un EMG (60%)

-A 42 pacientes se les solicitó un ENG (30%)

-A 14 pacientes se les solicitó ambas pruebas por presentar clínica solapada de ambas patologías o clínica dudosa (EMG-ENG): (10%)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% de pacientes con EMG solicitado en los que las parestesias se localizaban en un dermatoma específico o presentaban un déficit motor. (Solicitados de acuerdo a criterios): un 95%

% de pacientes con ENG solicitado que presentaban clínica de atrapamiento neurológico periférico. (Solicitados de acuerdo a criterios): un 95%

% resultados patológicos de las pruebas solicitadas (confirmación diagnóstica) : un 90%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Los criterios de petición están bien implementados (95% de los pacientes).

-El protocolo de petición de pruebas basadas en criterios clínicos concretos ha limitado la petición de pruebas neurofisiológicas, obteniéndose confirmación diagnóstica en el 90% de los casos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/394 ===== ***

Nº de registro: 0394

Título
PROTOCOLO SOLICITUD PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN Sº DE REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA DE CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y /O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

Autores:
POLO ROYO MARCO, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso

Otro Tipo Patología: Radiculopatías vs afectación nervio periférico

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es muy frecuente en la práctica habitual en nuestras consultas de Rehabilitación atender a pacientes con síntomas de parestesias, además de sensación de pérdida de fuerza tanto en extremidades superiores e inferiores.

Se pretende establecer un protocolo para la solicitud de pruebas neurológicas, ante clínica de parestesias, déficit motor, todo ello con sospecha de afectación nerviosa, compatible con radiculopatía cervical / lumbar, así como lesión de nervio periférico en extremidades.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0394

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SOLICITUD DE PRUEBAS NEUROFISIOLOGICAS EN EL Sº REHABILITACION DEL H ALCAÑIZ POR SOSPECHA CLINICA DE RADICULOPATIA CERVICAL Y/O LUMBAR, O AFECTACION DE NERVIOS PERIFERICOS EN EXTREMIDADES

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto va dirigido al servicio de Rehabilitación para establecer unos criterios claros para la solicitud de este tipo de pruebas, con el objetivo de solicitar únicamente cuando se tenga alta sospecha clínica de lesión nerviosa y así evitar la solicitud de pruebas innecesarias.

MÉTODO

Elaboración de un protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas. (1 mes)

Puesta en marcha del protocolo en las consultas de Rehabilitación. (4 meses)

Evaluación y análisis de los resultados: (1 mes)

INDICADORES

-Contabilizar el número de pruebas neurofisiológicas solicitadas desde las consultas de Rehabilitación, de los cuales:

-Calcular el % de resultados patológicos (obtener valor por encima del 80%). (Valorar la concordancia de la sospecha clínica con el resultado obtenido)

-Calcular % de cumplimiento del protocolo (obtener valor por encima del 90%)

DURACIÓN

-Abril: Elaboración del protocolo de solicitud de pruebas neurofisiológicas.

-Mayo-Junio-Julio-Agosto: Puesta en práctica del protocolo en nuestras consultas. Registro de número de Electromiogramas y Electroneurogramas solicitados.

-Septiembre: memoria y análisis de los resultados: (% de resultados patológicos y % de cumplimiento del protocolo)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0599

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN

Fecha de entrada: 23/12/2019

2. RESPONSABLE MARCO POLO ROYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA
NIETO BLASCO JAVIER
AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron en junio y diciembre de 2019, dos reuniones en las que se revisaron todos aquellos pacientes, menores de 6 años, que están en tratamiento activo en el Servicio de Atención Temprana del Bajo Aragón. Los pacientes fueron facilitados por el propio Servicio de Atención Temprana, con sus dos centros, uno en Alcañiz y otro en Caspe. En la consulta de cada niño estuvieron presentes tanto los facultativos del Servicio de Rehabilitación como las fisioterapeutas del Servicio de Atención Temprana que en diversas sesiones semanales tratan a estos pacientes por diferentes causas: Retraso psicomotor, alteraciones neurológicas, alteraciones del aparato locomotor etc. Se realizó en la consulta de Rehabilitación del Centro de Salud Viejo de Alcañiz. Uno a uno se fue valorando cada caso, decidiéndose si se modificaba tratamiento, si se continuaba, si era dado de alta etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

a) Número de reuniones al año: Se realizaron las 2 que estaban previstas, en junio y diciembre de 2019.
b) Porcentaje de niños valorados en la reunión con Atención Temprana que tras la reunión se decide seguimiento en la consulta de Rehabilitación: Se decidió que el 90% de los niños revisados en consulta conjunta entre los dos servicios deben continuar siendo visitados en la consulta de Rehabilitación. (El objetivo a alcanzar era de un 89-90%)
c) Porcentaje de niños que tras ser valorados se les modifica tratamiento o se les indica producto ortésico: Al 47,06% de los niños se les prescribió o modificó tratamiento fisioterápico o se les prescribió alguna órtesis (DAFOS, Silla de ruedas o asientos moldeados) (El objetivo a alcanzar era de un 30-50%)
d) Valoración por parte de los Servicio proveedores mediante escala de Likert (1-10): La media con la que las fisioterapeutas del Servicio de Atención Temprana puntuaron al Servicio de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz fue de 10 (El objetivo a alcanzar era >7)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La colaboración entre ambos Servicios ha servido para favorecer la situación de estos pacientes al poder comentar de forma objetiva y abierta el estado de cada niño, al poder ser valorado de forma global desde el punto de vista facultativo y fisioterapéutico. El plan es que, por el bien de estos pacientes, se mantengan estas reuniones/consultas dos veces al año, de manera semestral, con el mismo formato. Asimismo la línea de comunicación vía email entre ambos Servicios permanecerá abierta para resolver cualquier problema o duda que pueda surgir en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/599 ===== ***

Nº de registro: 0599

Título
PLAN DE MEJORA: REHABILITACION INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACION ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACION DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCION TEMPRANA DEL BAJO ARAGON

Autores:
POLO ROYO MARCO, SANTAMARIA FAJARDO ANGIE LEIDA, NIETO BLASCO JAVIER, AYALA ORTIZ DE SOLORZANO MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología neurológica y osteomuscular

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0599

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Temprana es una opción de canalización y tratamiento importante en niños hasta los 6 años, siendo el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil, a la familia y al medio, que da respuesta lo precozmente a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o en riesgo de padecerlos.

Para garantizar una atención adecuada al niño y a la familia, es necesario la coordinación de los servicios socio-sanitarios-educativos, y la adecuada cooperación y coordinación de todos los miembros del Equipo Multidisciplinar. Se trata de una interacción tanto de los miembros del equipo entre sí, como recíproca con la familia.

Dado que consideramos que, en el Área de Salud de Alcañiz, la valoración, seguimiento y atención de estos pacientes no se está realizando de una manera coordinada y protocolizada, debido a la falta de comunicación entre los distintos servicios implicados, trasladando a los pacientes una información en ocasiones contradictoria entre los distintos servicios, lo que creemos que puede repercutir en la evolución de los pacientes.

Por ello creemos oportuno la creación de una Unidad Conjunta con un protocolo de actuación y seguimiento conjunto de estos pacientes, que permita reforzar la capacidad de trabajo en equipo de todos su integrantes (fisioterapeutas, logopedas, psicólogos y médicos rehabilitadores) que permita un seguimiento oportuno, la reevaluación/modificación de los diversos tratamientos, así como la valoración conjunta de la necesidad de ayudas técnicas u ortésicas; o en su caso la necesidad valorar otras alternativas de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

Se pretenden conseguir los siguientes objetivos:

- Mejorar la coordinación de servicios socio-sanitarios-educativos.
- Acercar el proceso de Rehabilitación al paciente, eliminando barreras geográficas y administrativas.
- Unificar objetivos de tratamiento que sean realistas y adaptados a cada caso.
- Dar visibilidad a cada niño y familia que todos los profesionales de la salud, trabajamos en la misma dirección de cara al beneficio del paciente, en este caso del niño.
- Trabajar en equipo para tratar de alcanzar el máximo grado de autonomía personal y de integración familiar, escolar y social.
- Conseguir la igualdad de oportunidades para todos los niños, que precisen este tipo de asistencia, garantizando una atención adecuada al niño y a su familia.
- Evitar duplicidades en los recursos, solapamiento de actuaciones, informaciones repetitivas y/o contradictorias.
- Promoción de la salud y aumento de la calidad asistencial y calidad de vida de los pacientes.

MÉTODO

Se establecerán unos criterios de derivación al grupo de trabajo, unificados para todos los servicios implicados que serán difundidos en las reuniones del grupo. Se realizarán dos reuniones al año, de carácter semestral entre los Servicios de Atención Temprana del Bajo Aragón y de Rehabilitación del Hospital de Alcañiz. En ellas se discutirá sobre casos seleccionados que estén en tratamiento activo en Atención Temprana y que precisen de una reevaluación, valoración de modificación de tratamiento, uso de ayudas ortésicas o valoración de remisión a otros especialistas. De esta manera concretar el correcto seguimiento de cada paciente en las consultas de Rehabilitación.

INDICADORES

- A) NÚMERO DE REUNIONES AL AÑO: A alcanzar el número de 2, sin límite inferior
B) PORCENTAJE DE NIÑOS VALORADOS EN LA REUNIÓN CON ATENCIÓN TEMPRANA QUE TRAS LA REUNIÓN SE DECIDE SEGUIR EN CONSULTA DE REHABILITACIÓN: 80-90%
C) PORCENTAJE DE NIÑOS QUE TRAS SER VALORADOS SE LES MODIFICA TRATAMIENTO O SE LES INDICA PRODUCTO ORTÉSICO: 30-50%
D) Valoración por parte de los servicios "proveedores" mediante escala Likert (1 al 10) de la utilidad de las reuniones realizadas al acabar al año. Estándar > 7 en promedio.

DURACIÓN

Primera reunión Rehabilitación-Atención Temprana: Junio 2019
Segunda reunión Rehabilitación-Atención Temprana: Diciembre 2019
Citas previstas para los pacientes de los que se hable en dichas reuniones: Junio y Julio de 2019 y Diciembre de 2019 y Enero de 2020 respectivamente a cada reunión.

OBSERVACIONES

No precisa

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0599

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA: REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL NIÑO: COLABORACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE REHABILITACIÓN DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ Y EL SERVICIO DE ATENCIÓN TEMPRANA DEL BAJO ARAGÓN

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0622

1. TÍTULO

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL LOPEZ GONZALO
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA

LUCEA SODRIC SUSANA

VIDAL ABOS ANA MARIA

MARTI AMELA ANA BELEN

SANGO MARTINEZ MARIA

ALEJOS TELMO LAURA

SANCHO IÑIGO MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo para homogeneizar el tratamiento a través de una tabla de ejercicios lumbar que se le explica al paciente y se le entrega para que realice los ejercicios en su casa.

1. Al inicio del tratamiento se les pregunta si realizan ejercicios específicos para controlar el dolor de la zona lumbar, así como el nivel de dolor en ese instante a través de la escala visual analógica (EVA).

2. Al finalizar el tratamiento se vuelve a preguntar si realiza los ejercicios en su domicilio.

3. Y al cabo de un mes aproximadamente a través de consulta telefónica se repite la encuesta inicial. (EVA y si realiza los ejercicios)

Los valores obtenidos en estas encuestas se han registrado en una ficha control Excel.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Desde el 1 de julio al 31 de diciembre de 2019 han pasado por el servicio de fisioterapia un total de 62 pacientes con diagnóstico 722.52, 724.2,721.5 según CIE 9. Se le hace entrega de la tabla al 96.7% (60/62) de dichos pacientes.

1-Se registra que solo el 21.6% realizan ejercicios específicos para su lumbalgia antes de venir a fisioterapia.

2-Al finalizar el tratamiento el 79.3% de pacientes realizan los ejercicios de forma diaria. Son 2 los pacientes que aún continúan en tratamiento a fecha de enero y no se incluyen en los cálculos.

3-Tras un mes del alta el 64.9% de los pacientes sigue con la tabla de ejercicios propuesta. En este caso se realiza el cálculo sobre 57 pacientes excluyendo a los dos que no han terminado el tratamiento y a uno que no se puede localizar para realizar el control.

Si nos centramos en el dolor los resultados son que al inicio del tratamiento la media del EVA es de 6.29 siendo el valor máximo 9.5 y el mínimo 0. Mientras que al pasar un mes la media de la EVA es de 5.12 con un valor máximo de 10 y un valor mínimo de 0. Si miramos las diferencias del EVA inicial al EVA final encontramos valores de -6 a 8.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Después de aplicar el protocolo se observa un incremento en un 43.3% de pacientes que realiza una tabla de ejercicios específica para su dolor lumbar, con lo cual el objetivo del proyecto se ha conseguido.

Y en cuanto al dolor se observa una disminución 1.17 en la media de la escala EVA. Los datos de esta escala representan el dolor en un momento puntual, esto nos explica las variaciones en los datos obtenidos.

Recomendamos seguir dando la tabla de ejercicios para fomentar la realización en su domicilio y así mantener el mensaje de la escuela de espalda.

7. OBSERVACIONES.

Sería interesante unificación de criterios por parte de todos los profesionales para mejorar la gestión del dolor.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/622 ===== ***

Nº de registro: 0622

Título

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Autores:

LOPEZ GONZALO ISABEL, LUCEA SODRIC SUSANA, VIDAL ABOS ANA MARIA, MARTI AMELA ANA BELEN, HERRANDO PEIRO ANA CRISTINA, SANGO MARTINEZ MARIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0622

1. TÍTULO

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor de espalda y sobre todo la lumbalgia inespecífica por su prevalencia y sus consecuencias en la población, se presenta como un importante problema sanitario, social, laboral y económico. A nuestro servicio llega gran cantidad de pacientes aquejados de dolor de espalda. El tratamiento que se plantea es la escuela de espalda(EDE) tiene como objetivo educar al paciente haciéndole corresponsable en la prevención y en el tratamiento, basándose en los fundamentos de la EDE que son:

- Conocimientos de biomecánica corporal
- Hábitos de vida saludables
- Higiene postural
- Programa de ejercicios

Uno de los problemas más frecuentes en nuestro servicio en los pacientes con lumbalgia, es que una vez que han terminado tratamiento, el mensaje se va diluyendo a lo largo del tiempo, con lo que es más fácil que vuelvan a recaer, y es una demanda frecuente de los pacientes disponer de unas instrucciones escritas de la escuela de espalda para mantener el mensaje.

Población diana:

Este protocolo está indicado para todos los pacientes derivados por el médico rehabilitador al servicio de fisioterapia con problemas de columna lumbar.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener el mensaje de la escuela de espalda a lo largo del tiempo mediante la entrega de la tabla de ejercicios solicitada.
Reducir las recaídas por lumbalgia.

MÉTODO

Proporcionar una información normalizada al paciente mediante la creación de una tabla de ejercicios específica para la lumbalgia. El protocolo se va a desarrollar mediante 6 sesiones teórico-prácticas de escuela de espalda.

Conceptos teóricos:

- Anatomía y biomecánica de la espalda
- Origen y manejo del dolor de espalda
- Higiene postural

Contenido de la práctica:

- Conciencia y corrección postural
- Ejercicios de respiración
- Ejercicios de flexibilización
- Ejercicios de potenciación
- Relajación

Al finalizar se les entregará la tabla de ejercicios al paciente para que pueda realizar los ejercicios en casa, y así seguir con su tratamiento.

INDICADORES

% de pacientes con diagnóstico de lumbalgia que han recibido la tabla de ejercicios.
Estándar: recepción por el 90% de los pacientes diagnosticados de lumbalgia.

DURACIÓN

Redacción del protocolo y de la tabla de ejercicios desde enero a junio del 2019.
Desde junio del 2019 puesta en funcionamiento del protocolo, con registro de la entrega de la tabla de ejercicios.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0622

1. TÍTULO

LUMBALGIAS: PAUTAS Y EJERCICIOS EN EL AMBITO DOMICILIARIO

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0099

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARTA CASORRAN BERGES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER
EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN
GELI JUNYER CARMEN
RODRIGUEZ PINEDA ADELA
FERRER RUBIRA ANA
BELLES CENTELLES SANDRA
CUARTERO LOZANO DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos, enfermeras y auxiliares de enfermería.
- o Se han convocado tres reuniones para la distribución de tareas y el seguimiento del proyecto.
- o La formación relacionada con el proyecto ha consistido en una sesión conjunta de Oftalmología y Reumatología, en la que se exponía aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de las uveítis.
- o Se ha elaborado un procedimiento clínico que incluye las siguientes acciones:
 - Elaboración de un cuestionario para la detección de dolor lumbar inflamatorio en la consulta de Oftalmología.
 - Derivación a la consulta de Reumatología de aquellos pacientes con uveítis que cumplan criterios de dolor lumbar inflamatorio según el cuestionario.
 - Estudio de estos pacientes en la consulta de Reumatología.
 - Informe dirigido a Oftalmología con los resultados del estudio y el tratamiento si procede.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o Al 100% de los pacientes con uveítis se les ha realizado el cuestionario de detección de dolor lumbar inflamatorio.
- o El 25% de los pacientes con uveítis cumplían criterios de lumbalgia inflamatoria.
- o El 12.5% de los pacientes derivados cumplían criterios de espondiloartropatía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del proyecto de mejora ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos de espondiloartritis asociada a uveítis, permitiendo así un tratamiento precoz de estos pacientes y logrando un abordaje multidisciplinar de los mismos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/99 ===== ***

Nº de registro: 0099

Título
PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

Autores:
MERIÑO IBARRA ERARDO, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, FERRER RUBIRA ANA, LARIO MARCO SANDRA, RIOS RAFALES NOELIA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, GASION CARCELLER VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0099

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DIAGNOSTICA DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A UVEITIS

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

PROBLEMA

Según la literatura actual un porcentaje de los pacientes con uveítis presentan una espondiloartritis no diagnosticada. Actualmente existe un conjunto de tratamientos que permitiría tratar a estos pacientes antes de que evolucionen a estadios más avanzados tanto en lo que respecta a la uveítis como a la espondiloartritis.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar el diagnóstico de espondiloartropatía en pacientes diagnosticados de uveítis, y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.

Conocer la prevalencia de espondiloartritis asociada a uveítis en nuestro medio.

Crear un registro de uveítis con fines de investigación.

MÉTODO

- Creación de un registro de uveitis

- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de reumatología y oftalmología.

- Dicho procedimiento incluiría un cuestionario de detección de lumbalgia inflamatoria que sería pasado en la consulta de oftalmología, con derivación a la consulta de reumatología en caso de resultados positivos, donde se completaría el estudio.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con uveitis a los que se les ha pasado el cuestionario

- Porcentaje de pacientes con uveitis que cumplen criterios de lumbalgia inflamatoria

- Porcentaje de pacientes derivados que cumplen criterios de espondiloartropatía

- Evaluación de resultados mediante aplicación de cuestionario EUROQOL o similar

DURACIÓN

1 año.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARTA PILAR CASORRAN BERGES

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER

LATRE REBLEDE BEATRIZ

FERRER RUBIRA ANA

LARIO MARCO SANDRA

GONZALEZ TOMAS BLANCA

GASION CARCELLER VANESA

VICENTE NAVARRO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- o Creación de un grupo de trabajo con miembros del equipo de Oftalmología y de Reumatología, constituido por facultativos, enfermeras y auxiliares de enfermería.
- o Se han convocado tres reuniones para la distribución de tareas y el seguimiento del proyecto.
- o La formación relacionada con el proyecto ha consistido en una sesión conjunta de Oftalmología y Reumatología, en la que se exponía aspectos teóricos y prácticos sobre el abordaje multidisciplinar de las uveítis.
- o Se ha elaborado un procedimiento clínico para el abordaje integral de los pacientes con uveítis, que incluye las siguientes acciones:
 - ? Pautas de derivación de los pacientes con uveítis desde la consulta de Oftalmología a la de Reumatología.
 - ? Derivación a la consulta de Reumatología de aquellos pacientes con uveítis para completar el proceso diagnóstico e instaurar un tratamiento sistémico en los pacientes que lo requieran.
 - ? Estudio de estos pacientes en la consulta de Reumatología.
 - ? Informe dirigido a Oftalmología con los resultados del estudio y el tratamiento si procede.
 - ? Seguimiento multidisciplinar de los pacientes en los casos pertinentes.
 - o Evaluación de datos epidemiológicos de las uveítis en nuestro medio.
 - o Creación de un registro de pacientes con diagnóstico de uveítis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- o El 100% de los pacientes con uveítis han sido remitidos a la consulta de Reumatología, en total 20 pacientes.
- o El 90% (18 pacientes) de los casos fueron uveítis anteriores y un 5% (1 paciente) posteriores. Este paciente requirió tratamiento sistémico con anti-TNF. Tan solo un paciente no acudió a la cita de Reumatología (5%).
- o En el 38.9% de los casos (7 pacientes) de uveítis anterior, se trataba del primer episodio, siendo 1 caso secundario a fármacos, 2 tras cirugía oftalmológica, 3 casos con estudio normal y 1 caso con diagnóstico final de espondilitis anquilosante B27+.
- o Un 44.4% (8 pacientes) de los pacientes con uveítis anterior presentaban una uveítis anterior aguda recidivante unilateral, siendo todos ellos B27+ y con criterios de espondiloartropatía en 6 de estos casos. De estos pacientes, 3 han requerido tratamiento sistémico: 2 con anti-TNF y 1 con metotrexato.
- o El 16.7% (3 pacientes) de los pacientes con uveítis anterior presentaban una uveítis crónica, siendo 2 de ellos B27+ sin criterios de espondiloartropatía, y el tercero con estudio completo normal. Todos ellos han requerido tratamiento inmunosupresor sistémico: 1 con sulfasalacina, 1 con metotrexato y 1 con anti-TNF.
- o Globalmente, de los pacientes remitidos desde Oftalmología a Reumatología por uveítis, se ha diagnosticado enfermedad sistémica en un 44.4% de los casos (8 pacientes), en concreto de espondilitis anquilosante. 11 pacientes (61%) presentan HLA B27+, de los cuales 7 cumplen criterios de espondiloartropatía. Un 38.9% (7pacientes) de los casos de uveítis remitidos a la consulta de Reumatología ha precisado tratamiento inmunosupresor sistémico: 4 casos con anti-TNF, 2 con metotrexato y 1 con sulfasalacina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- o La valoración del proyecto de mejora ha sido muy positiva, ya que hemos podido detectar casos de enfermedades sistémicas que han debutado con uveítis, permitiendo así un tratamiento precoz de estos pacientes y logrando un abordaje multidisciplinar de los mismos, evitando complicaciones tanto sistémicas como oftálmicas.
- o También hemos conseguido mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis refractarias o recidivantes que así lo han requerido.
- o Asimismo, hemos logrado proporcionar un seguimiento estrecho a pacientes con enfermedades sistémicas con riesgo de uveítis, mediante valoración por Oftalmología de estos pacientes, y seguimiento de los casos que lo han precisado.

En conclusión, creemos que la creación de este equipo multidisciplinar se traduce en una mejora en la calidad de la atención de este tipo de pacientes, ya que aporta una mayor eficiencia en lo referente al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los mismos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Por un lado, todos los pacientes diagnosticados de uveítis en nuestro hospital, y por otro, todos aquellos con mayor probabilidad de desarrollarla (por su patología sistémica o factores de riesgo) son revisados por este equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/425 ===== ***

Nº de registro: 0425

Título
CREACION DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CASORRAN BERGES MARTA PILAR, CASTRO ALONSO FRANCISCO JAVIER, LATRE REBLED BEATRIZ, FERRER RUBIRA ANA, LARIO MARCO SANDRA, GONZALEZ TOMAS BLANCA, GASION CARCELLER VANESA, EGEA ESTOPIÑAN MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades oculares asociadas a procesos reumatológicos
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La uveítis es un proceso inflamatorio de la úvea. Por extensión se incluyen procesos inflamatorios que afectan a la córnea, esclera, vítreo, nervio óptico y retina. Su patogenia reside principalmente en alteraciones localizadas en órganos extraoculares, fundamentalmente relacionados con el sistema inmunitario, y se ha comprobado su asociación con enfermedades sintéticas autoinmunes/inflamatorias. En ocasiones el ojo es la primera manifestación de una enfermedad sistémica hasta el momento desconocida, ya sea una espondiloartropatía u otro tipo de patología. Es importante detectar precozmente estas patologías para tratarlas correctamente y evitar su evolución a estadios más avanzados de la enfermedad. Además, existen uveítis puramente oftalmológicas que se pueden beneficiar de tratamientos sistémicos inmunosupresores que permiten controlar la enfermedad, evitando o minimizando posibles complicaciones. En este sentido, la creación de un equipo multidisciplinar integrado por las especialidades de Oftalmología y Reumatología para el abordaje de las uveítis, permite una evaluación sistémica precoz e integral del proceso, ahorrar número de consultas y pruebas complementarias repetidas. En definitiva, supone un manejo más coste-efectivo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Abordar de manera integral el manejo del paciente con uveítis.
- Incrementar el diagnóstico de patologías sistémicas en pacientes diagnosticados de uveítis y mejorar el enfoque terapéutico en estos casos.
- Mejorar el tratamiento sistémico de los pacientes con uveítis de origen oftalmológico que se puedan beneficiar del mismo.
- Conocer la prevalencia de patología sistémica asociada a uveítis en nuestro medio.
- Crear un registro de este tipo de pacientes con fines de investigación.

MÉTODO

- Creación de un registro de uveítis.
- Elaboración de un procedimiento clínico mediante grupo de trabajo multidisciplinar entre los servicios de Oftalmología y Reumatología
- Dicho procedimiento incluiría una batería de pruebas complementarias iniciales a solicitar desde la consulta de Oftalmología, con derivación posterior a Reumatología para completar el estudio y poner tratamiento sistémico si fuera pertinente.
- Evaluación de los resultados, según los indicadores establecidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0425

1. TÍTULO

CREACIÓN DE UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR PARA EL ABORDAJE DE LA UVEITIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología.
- Porcentaje de pacientes con uveítis derivados a la consulta de Reumatología con diagnóstico de patología sistémica.
- Porcentajes de los diagnósticos específicos realizados (ejemplo: porcentaje de pacientes con diagnóstico de espondiloartropatía, sarcoidosis, enfermedad de Behçet, etc.)
- Porcentaje de pacientes con uveítis remitidos a la consulta de Reumatología que precisan inmunosupresión sistémica.

DURACIÓN

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 - 2016/0951

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
NAVARRO DORADO MARIA ANGELES
BROSED YUSTE CHABIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Actividades formativas en las distintas Unidades Clínicas y en los EAP, con lámpara de manos.
2. Actividades formativas al personal de nueva incorporación a los Unidades.
3. Actividades formativas al personal en formación: TCAE, enfermeras, médicos...
4. Actividades formativas al personal sanitario y no sanitario del sector, a través de varios cursos y sesiones clínicas.
5. Realización de Póster/dípticos sobre Higiene de Manos.
6. Salvapantallas en todos los ordenadores.(Recordatorios)
7. El mes de mayo, destinado como 12 MESES 12 MOTIVOS, a la Higiene de Manos.
8. Renovación de carteles en las Habitaciones de pacientes y en los centros de Salud.
9. Realización de dos videos de Higiene de manos, que están colgados en la Intranet del Sector.
10. Sesiones informativas en distintos colegios a nivel de primaria/ secundaria del Sector.
11. Colocación de dispensadores de seguridad en los centros de salud y en el Hospital, para los productos de base alcohólica. Dispensadores de seguridad, en zonas de paso y salas de espera de mayor volumen. Todo ello, tras evaluar la falta de dispensadores en zonas en las que no teníamos o estaban fuera del punto de atención del paciente.
12. Observación directa en las distintas Unidades del Sector, con el método Observe de la empresa licitadora de los productos de Higiene de Manos.(auditorias internas). Esto se ha hecho para la cumplimentación del marco de autoevaluación que nos propone la OMS, durante el proceso, pasamos el cuestionario a los profesionales sobre los conocimientos en higiene de manos y su percepción en la misma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. % Camas con preparados de base alcohólica en el punto de atención: 92.94%. Hemos incluido también los sillones de tratamiento de: Hospital de día, CMA, Unidad Crónico Complejo. Hemos dejado fuera, a las camas de pediatría, en las que tenemos PBA en los pasillos, pero no dentro de las habitaciones por el riesgo con los niños al tratarse de un producto con alcohol.
2. Consumo de preparados de base alcohólica en hospitalización 22.7. De un total de 724 litros.
3. Consumo de PBA en AP 4.43. de un total de 353 litros.
4. Observación uso de preparados de base alcohólica: SI.
5. Número de actividades formativas impartidas: 20 actividades todas ellas, mediante Acta de Registro.
6. Porcentaje de profesionales formados: 67%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos realizado la Estrategia de Higiene de Manos en nuestro Sector, disponible en la Intranet del Sector. Somos conscientes de la importancia de la higiene de manos cuando estamos en contacto con pacientes, a pesar del aumento del consumo de soluciones hidroalcohólicas y de la formación que estamos haciendo en los distintos servicios/centros de AP, es insuficiente. Vemos en la Observación, como nos colocamos guantes cuando tendríamos que hacer una higiene de manos, y nos faltan pasos dentro de los cinco momentos de Higiene de Manos que no hacemos. Para ello, seguimos con nuestro proyecto formativo a lo largo del 2018 y con el método de observación directa y aprendizaje con los compañeros de las distintas Unidades Clínicas.

7. OBSERVACIONES.

Añadiremos este año, a la Estrategia el Proyecto de Uso y Abuso de los guantes.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/951 ===== ***

Nº de registro: 0951

Título
IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, CEBOLLADA GRACIA ANA DELIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0951

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE HIGIENE DE MANOS EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones relacionadas con la atención sanitaria (IRAS) plantean una notable carga de enfermedad y un elevado coste. Constituyen un problema importante de seguridad del paciente, siendo el evento adverso más frecuente en la atención sanitaria.
Gran parte de las IRAS se pueden prevenir mediante una buena higiene de manos, en el momento oportuno y de forma apropiada, siendo esta una medida sencilla, de probada eficacia y ampliamente reconocida.
Las directrices de la OMS en esta materia contribuyen a promover y mejorar la higiene de manos en los centros sanitarios, complementándose mediante la Estrategia Multimodal de la OMS para la Mejora de la Higiene de las Manos.
Este proyecto pretende contribuir a implementar dicha estrategia, mejorar el conocimiento y percepción de los profesionales respecto a la higiene de manos, promover su adecuado cumplimiento, contribuir a la reducción de las IRAS y fomentar la cultura de seguridad del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este proyecto son promover una correcta higiene de manos en los profesionales sanitarios, disminuir la incidencia de IRAS y fomentar la cultura de la seguridad.

MÉTODO

- Inicialmente se prevé realizar un análisis de situación mediante la cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de las manos propuesto por la OMS, considerado como instrumento sistemático validado para identificar las cuestiones fundamentales susceptibles de atención y mejora.
- Evaluación de infraestructura y disponibilidad de productos de base alcohólica (PBA)
- Conocer la percepción y conocimiento de los profesionales mediante la realización de cuestionarios editados por la OMS ("Cuestionario de los conocimientos sobre la higiene de manos destinado a los profesionales sanitarios", y "Cuestionario de percepción destinado a los profesionales").
- Elaborar un programa formativo en materia de higiene de las manos.
- Realización de actividades formativas y talleres en unidades centrales, médicas y quirúrgicas, dirigidos a profesionales sanitarios.
- Recordatorios y celebración del 5 de mayo.

INDICADORES

- Número de actividades formativas impartidas.
- Porcentaje de profesionales formados.
- Consumo de soluciones hidroalcohólicas, Se contabilizarán los productos de base alcohólica suministrados a los servicios asistenciales, expresados en litros.

DURACIÓN

- Enero 2017: Cumplimentación del Marco de autoevaluación de la higiene de manos. Evaluación de infraestructura y disponibilidad de PBA.
- Febrero 2017: Elaboración del programa formativo.
- Marzo - Diciembre 2017: Realización de cuestionarios y talleres formativos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARA GARRIDO ANGELA
PALOMAR JOVEN MARTA
ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA
ARAGONES VILLANUEVA CARMEN
VIDAL MESEGUER ANA
DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL
ROYO MOLES MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Hemos creado un listado con el material, que cada supervisora quiere tener en su pacto o en su plantilla de trabajo, todo dentro del aplicativo de Serpa.
- Cada Unidad de hospitalización ha creado en Serpa varias plantillas de almacén, una de ellas para lencería, otra para modelaje y otra para pedidos general de materiales.
- Con esta plantilla, no se tiene que introducir cada material, si no el número de unidades, lo que acorta el tiempo a la hora de hacer los pedidos en cada unidad.
- Se han redistribuido todos los almacenes que tenemos: almacén de lencería, almacén de higiene de paciente, vertederos y almacén general de cada unidad de hospitalización
- Se han redistribuido con nuevas estanterías, con cajas, cajetines, los almacenes de las unidades clínicas, del almacén general. Se separan todos los materiales por sistemas, es decir: circulatorio, respiratorio, urinario..
- Se han redistribuido los materiales de las estanterías de la sala de estar de enfermería. Se dejan en esta sala, material para el uso diario y se repone del resto del almacén general.
- Hemos creado el formato de rotura de stock.
- Cada unidad, pacta las unidades de cada uno de sus materiales fungibles y productos sanitarios, de manera que se dispongan stock de máximos y mínimos de cada uno de ellos.
- Los stocks mínimo que debe disponer de cada material fungible, que quedará reflejado en la etiqueta correspondiente en la estantería del almacén.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han reestructurado todos los almacenes de las distintas unidades de hospitalización. Todas las unidades, han realizado varias plantillas dentro de SERPA para los diferentes pedidos: plantilla de lencería, plantilla de higiene de paciente, plantilla de modelaje, plantilla de almacén general. Las diferentes unidades, han creado un listado de máximos y mínimo de cada material fungible. Además de realizar un formato de rotura de stock, para que en el momento de coger un material y que no se cumpla el estándar mínimo, se registre en el formato. Esto hace que a las supervisoras de la unidad, les sea más fácil y no tengan que revisar todo el almacén a la hora de hacer los pedidos semanales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones que podemos obtener tras la realización de este proyecto son:

1. El control de las caducidades, es estrictamente necesario dentro de nuestro marco para la seguridad de los pacientes.
2. El realizar varias plantillas de trabajo, dentro de SERPA, nos ha supuesto recortar tiempos a la hora de hacer los pedidos.
3. El poder realizar un listado con máximos y mínimos de cada uno de los materiales, nos hace tener un mayor control tanto en el gasto como en la adecuación de los mismos, ya que evitamos con esto, el tener unidades muy por encima del consumo y que se nos pudieran caducar en un momento determinado. Evitamos de esta forma un almacenamiento excesivo y consumo de recursos.
4. El poder utilizar un formato de rotura de stocks, facilita la labor de la responsable del almacén, ya que no tiene que revisar el almacén entero, para hacer los pedidos. Es necesaria la formación a todos los trabajadores de la unidad, ahora que la hemos puesto en marcha.
5. Todo este trabajo es una herramienta muy útil, dentro del marco de la seguridad de nuestros pacientes y del contexto de la mejora de la calidad asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/138 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Nº de registro: 0138

Título
PROCESO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, PALOMAR JOVEN MARTA, ESTOPIÑAN ESTOPIÑAN MARIA EUGENIA, ARAGONES VILLANUEVA MARIA CARMEN, DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL, VIDAL MESEGUER ANA, LARA GARRIDO ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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
Hacemos un análisis de la situación en cuanto a los almacenes del Bloque de hospitalización/ urgencias y nos encontramos con lo siguiente.
Cada Unidad Clínica de hospitalización/ urgencias dispone de un almacén general y de varios almacenillos repartidos por los distintos servicios, falta de espacio que hace que se tengan que guardar los materiales en armarios, estanterías fuera del almacén, por la falta de espacio.
Los almacenes, disponen de estanterías obsoletas, en las que los estantes no guardan el espacio necesario por lo que no se optimiza el espacio.
Además cada Unidad Clínica almacena el material en un lugar diferente, de manera que cada unidad es diferente. No hay un lugar de almacenaje igual entre los servicios y el personal que trabaja en varios de estos servicios, no conoce la disposición de todos ellos en los distintos almacenes, por lo que resulta difícil su ubicación.
Además las supervisoras de estas Unidades, tienen una difícil labor de control del almacenaje, ya que se requiere la revisión entera de los distintos almacenes para hacer los pedidos semanales. No disponen de hoja de rotura de stock de los materiales, por lo que la revisión es necesaria.
Vemos necesaria la creación de Pacto para los pedidos semanales, que facilitan la labor de la supervisora, evitamos las roturas de stock, economizamos el tiempo.

RESULTADOS ESPERADOS
Ajustar los pedidos a los consumos.
Creación de un pacto semanal en las distintas unidades clínicas.
Reajustar los almacenes, mediante sistemas de almacenaje, tipo estanterías, cajetines/ cajas.
Crear listados del material de los almacenes, con máximos y mínimos.
Dotar a las Unidades de un formato de rotura de stock

MÉTODO
-En primer lugar debemos ajustar los pedidos a los consumos.
-Realizar con cada una de las supervisoras de las unidades clínicas, un listado del material que utilizan habitualmente y comprobarlo con los consumos, para así crear un Pacto semanal.
- Compra de estanterías, cajas/ cajetines, reubicar los almacenes. Reestructurarlos y optimizar los espacios, "el aire ocupa espacio".
- Crear un listado con las supervisoras y con almacén en el que tengamos máximos y mínimos en los distintos materiales.
- Crear formato de rotura de stock.

INDICADORES
Comprobaremos mediante auditorias, si los puntos anteriores se han cumplido, es decir: si se ha reestructurado el almacén, si se rellena la hoja de rotura de stock, si se ha realizado el pedido en unidades de hospitalización por pacto, si tenemos los máximos y mínimos de todas las Unidades.

DURACIÓN
Planteamos todos estos cambios a lo largo del 2018.

OBSERVACIONES
Es de vital de importancia la seguridad clínica en el manejo diario de nuestro trabajo. Manejar los mismos materiales ubicados en los mismos espacios, nos evita errores y economizamos el tiempo de búsqueda.

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0138

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE ALMACENES Y STOCKS HOSPITALARIOS

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0539

1. TÍTULO

LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE MARTINEZ FERRI

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. UNIDAD DE CALIDAD ASISTENCIAL
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LACUEVA PORTOLES PILAR ASUNCION

RECHE SABATER ALBERTO

LARA GARRIDO ANGELA

ARAGONES VILLANUEVA MARIACARMEN

VIDAL MESEGUER ANA

ROYO MOLES MARIA ISABEL

DELGADO PASCUAL JOSE ANGEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Hemos realizado dentro de nuestra Intranet, un espacio para enfermería, llamado "Portal enfermería". Dentro del mismo, tenemos varios campos abiertos con documentación precisa para el día a día de las enfermeras que trabajan en el Hospital de Alcañiz.

Estos espacios, se han creado tras estudiar con varios grupos de trabajo, las necesidades presentes en nuestro quehacer diario. Por ejemplo dudas y amplia variabilidad en cuidados de enfermería, Procesos de atención de enfermería, procedimientos diagnósticos, consentimientos, prevención de riesgos laborales, documentos administrativos..

2. Dentro del apartado de cuidados de enfermería, lo hemos desglosado en dos partes. Una de ellas es "información al paciente" donde hemos añadido consejos, recomendaciones, hojas de información, dípticos.. de distintas técnicas y/o pruebas. El otro apartado es "información a la enfermera" donde hemos añadido distintos documentos necesarios para la enfermera en los cuidados, por ejemplo: como realizar la retirada de la bomba elastomérica o la compatibilidad entre fármacos y nutriciones enterales.

3. Tenemos un apartado que se llama: "Proceso de atención de enfermería" donde hemos añadido todos los PAE de las distintas especialidades, concretamente tenemos un total de 39 procesos cargados.

4. Otro de los apartados es: "procedimientos diagnósticos", aquí lo hemos separado en 4 categorías: digestivo, general, cardiología y pruebas radiológicas. Hemos añadido en este apartado un total de 27 pruebas diagnósticas, con instrucciones claras de realización antes de la prueba, con documentación que es necesaria antes de la realización de la misma, fármacos necesarios, etc.. y además la hoja de registro de cada una de las pruebas.

5. Tenemos un apartado de consentimientos informados, de todas las especialidades. A pesar, de que no es un documento de enfermería, nos es importante tenerlos localizados y accesibles en nuestro trabajo diario.

6. Otro de los apartados, va destinado a Prevención de Riesgos Laborales, con documentación, por ejemplo como: gestión de residuos sanitarios, actuación ante un accidente laboral..

7. Hemos añadido un último apartado para añadir los documentos administrativos: plantillas de trabajo, hojas de pedidos, recibis, hojas de permisos...

Además tenemos un buscador, que nos permite de manera fácil y accesible hacer una búsqueda de todos los archivos dentro de la web.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En un primer momento, decidimos añadir una encuesta dentro de la web del portal de enfermería, para obtener un feed-back por parte de enfermería. Por cuestiones ajenas, no lo hemos podido realizar la encuesta por la web, pero hemos realizado la misma en formato papel.

Tenemos un total de 37 encuestas, de las cuales nos han solicitado 54 documentos a incluir en nuestro aplicativo. Se han resuelto los 54 documentos y se han subido a la web. Por lo tanto tenemos un 100% de encuestas con incidencias resueltas / %encuestas presentadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar, de que cerramos este proyecto de mejora de 2019, seguiremos trabajando de manera activa en nuestra web PORTAL DE ENFERMERÍA, para facilitar a las enfermeras del Hospital de Alcañiz, la resolución rápida de dudas y la toma de decisiones con la mejor evidencia disponible, disminuyendo la variabilidad, reducción de costes... proporcionando seguridad a los profesionales y asegurar la efectividad.

Con esta herramienta tenemos la aportación de la enfermera como máximo responsable en la mejora de la salud y bienestar de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0539

1. TÍTULO

LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

*** ===== Resumen del proyecto 2019/539 ===== ***

Nº de registro: 0539

Título
LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Autores:
MARTINEZ FERRI MARIA JOSE, LARA GARRIDO ANGELA, LACUEVA PORTOLES PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

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
Actualmente el Hospital de Alcañiz, está liderando y dirigiendo proyectos dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente, siempre basados en la evidencia científica, garantizando la atención y la continuidad de los cuidados, para ello se necesita de la aportación de la enfermera como máximo responsable en la mejora de la salud y bienestar de los pacientes.
El que los profesionales se puedan involucrar en la toma de decisiones de la organización, ha sido de vital importancia para la implantación de manuales de procedimientos, de guías de trabajo, áreas de desarrollo y cartera de servicios. Con todo ello se ha mejorado la calidad asistencial de los pacientes, se ha disminuido la variabilidad clínica incorporando la evidencia científica actual, además de la reducción de costes.
Pero queremos más, ¿qué necesita actualmente nuestra enfermera en el Hospital de Alcañiz? necesita poder resolver dudas de forma rápida, y tomar decisiones siempre con la mejor evidencia disponible, resolver dudas que se presentan en el quehacer diario, como por ejemplo, cuidados a un paciente que va a ser sometido a diferentes pruebas terapéuticas o diagnósticas. Necesita conseguir una buena comunicación entre profesionales y que se estructure este sistema de información, para así poder gestionar sus cuidados.
Entre los problemas que nos encontramos son, por ejemplo: desconocimiento en el equipo/ materiales, desde las bombas volumétricas de infusión intravenosa, pasando por coagulómetros portátiles o monitores de registro multiparamétrico.
También, nos encontramos con falta de instrucciones de cuidados pre pruebas, durante o posterior a todas las pruebas diagnósticas que se hacen tanto en nuestro Hospital, como aquellas que se han derivado a otros hospitales. Además de otras muchas incidencias recibidas, relacionadas con materiales, con transporte sanitario, con derivaciones a otros hospitales, etc..
Intentaremos con este proyecto, dar solución rápida a estos problemas detectados y a los que se presenten durante la implantación del mismo.

RESULTADOS ESPERADOS
- Solucionar las dudas mas frecuentes del personal de enfermería, mediante procedimientos e instrucciones que faciliten las incidencias más frecuentes.
- Identificar que información clave quiere que se integre dentro de la aplicación informática.
- Lograr adecuar los recursos sanitarios disponibles a las demandas existentes.
- Disponer de una herramienta de fácil acceso y actualizada para la práctica diaria enfermera.
- Garantizar la actualización de los conocimientos e incrementar la motivación profesional.
- Establecer una herramienta de comunicación entre profesionales.
- Optimizar los conocimientos específicos de las enfermeras y el adecuado desarrollo de sus funciones.

MÉTODO
- Crear un aplicativo dentro de la Intranet, para enfermería. Para ello serán de vital importancia, las reuniones dentro del grupo de hospitalización y continuidad de cuidados, donde se aporten las incidencias más frecuentes.
- Crear un listado con toda aquella información que necesita enfermería para su práctica diaria y que necesita que sea incorporada a la aplicación informática.
- Crear una encuesta de satisfacción dentro de la aplicación, para conocer la opinión de la enfermera sobre

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0539

1. TÍTULO

LA APORTACION ENFERMERA A LA SOSTENIBILIDAD EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ. NUEVAS HERRAMIENTAS DE TRABAJO

esta herramienta de trabajo

INDICADORES

Realización de una encuesta de satisfacción, tipo litker.

%de encuestas con incidencias resueltas/ % encuestas presentadas.

Esta encuesta va dirigida al personal de enfermería, en la que se presenten datos sobre la satisfacción de enfermería, en cuanto a la resolución de dudas planteadas y mayormente expresadas y si se han resuelto las mismas.

DURACIÓN

Empezaremos a lo largo del mes de abril, con reuniones mensuales, salvando el periodo vacacional.

Puesta en marcha del proyecto, en modo "formación" en septiembre de 2019. Trabajaremos dos meses en periodo formación y se recogerán todas las recomendaciones de las enfermeras para su puesta en marcha final.

Recopilación de datos a cargar en el aplicativo de enfermería: desde mayo hasta agosto

Se planteará el proyecto final, en noviembre del 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Fecha de entrada: 27/02/2020

2. RESPONSABLE ANA SAENZ BALLOBAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DE SALUD MENTAL
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FRADE PEDROSA OLALLA
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
PEREZ MAICAS BEATRIZ
TORRALBA MARCO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han habilitado espacios para realizar las sesiones de mindfulness y se ha preparado material para poder trabajar con los pacientes.

El mindfulness, también llamado atención plena o conciencia plena, consiste en estar atento de manera intencional a lo que hacemos, sin juzgar, apegarse, o rechazar en alguna forma la experiencia.

El planteamiento desde este Servicio de Salud Mental, ha sido ayudar a los pacientes a través de esa "atención plena" y de la conciencia corporal (teniendo conciencia de la respiración y de las sensaciones corporales) a identificar en el "aquí y ahora" sus emociones en ese presente, para poder trabajar a través de identificarlas, etc.

Se sabe que las personas que van a ser intervenidas quirúrgicamente (en muchas ocasiones) parten de una situación de temor, incertidumbre, etc. "Adelantando acontecimientos"... por eso el trabajo a través de la respiración y conciencia corporal les puede ayudar a sostener las incertidumbres y poder afrontar la intervención con más calma.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Han sido muy pocos los pacientes derivados por parte de anestesia (aproximadamente cuatro) para realizar las sesiones de meditación mediante mindfulness y finalmente ninguno de ellos llegó a asistir a las citas, por lo que no se pudo intervenir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha quedado pendiente poder realizar las sesiones de mindfulness en pacientes que iban a ser intervenidos, pero consideramos que después de dos años, el proyecto debe finalizar.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1438 ===== ***

Nº de registro: 1438

Título
INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

Autores:
GONZALEZ PANZANO MANUEL, DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA, BECERRA DARRIBA HELENA, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, SANCHEZ LUCAS NAIARA, GARCES TRASOBARES ROSA, PANZANO GRACIA EMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCANIZ

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1438

1. TÍTULO

INTERVENCION MEDIANTE MEDITACION TIPO MINDFULNESS EN PACIENTES CON CANCER COLORRECTAL

PROBLEMA

Dado el incremento en el número de pacientes que tienen que ser sometidos a cirugía por cáncer de colon en los últimos años cobra sentido dedicar recursos a una intervención que tenga por objeto que éstos lleguen en óptimas condiciones psicofísicas abordando aspectos como el ejercicio, la nutrición etc. Dada la evidencia científica que ha demostrado el mindfulness de cara a disminuir la ansiedad y mejorar la salud de una forma integral consideramos que resultaría eficaz también realizar este tipo de terapia de forma prequirúrgica para obtener sus beneficios y llegar en mejores condiciones al momento de la intervención así como también de forma postquirúrgica para una óptima recuperación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos del proyecto:

- Detectar a aquellos pacientes que podrían beneficiarse en mayor medida de una reducción de la ansiedad mediante las escala HADS.
- Realizar en los meses previos a la intervención sesiones mensuales de meditación mindfulness de cara a reducir el estrés y llegar en mejores condiciones a la cirugía.
- Realizar en los meses posteriores a la intervención 8 sesiones de forma mensual de cara a una óptima recuperación.

Población diana: Pacientes con mayor puntuación en ansiedad detectada en la escala HADS.

MÉTODO

- Creación de un espacio en la agenda de los psiquiatras del CSM de Alcañiz un miércoles al mes de 8 a 10h de forma mensual para realizar la intervención de tipo mindfulness.
- Oferta de participar en las sesiones de meditación que se organizan mensualmente en el CSM Alcañiz los miércoles.
- Oferta postcirugía a los pacientes para continuar con 8 sesiones más de cara a la óptima recuperación.

INDICADORES

Evaluación:

- Registro de escala HADS previamente a iniciar las sesiones de meditación y tras las 8 sesiones.
- Valoración del tiempo de recuperación del proceso en comparación a quienes no realizan las sesiones de meditación.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración aproximada de un año, con inicio previsto en julio de 2018 y finalización en julio de 2019. Se planificarán sesiones mensuales de 2 horas, impartidas por los diferentes profesionales participantes de la USM Alcañiz.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0042

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/01/2018

2. RESPONSABLE LINA MARIA BELENGUER CARRERAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H ALCAÑIZ
- Localidad ALCAÑIZ
- Servicio/Unidad .. URGENCIAS
- Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRUZ LOPEZ ANA MARIA
COLAS OROS CARLOS
GOMEZ ARA ANA MARIA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
GARCIA GARCIA ALFREDO
RIOS GARCIA ISABEL
ROYO MOLES MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El grupo de trabajo ha elaborado un protocolo basado en la evidencia, para ello ha realizado una búsqueda en pubmed, embase, cochrane library, tripdatabase, Science direct, Guia Salud, Fisterra y AHRQ, así como las guías de la AHA y los protocolos disponibles de otros hospitales de nuestro entorno.

Tras seleccionar las guías más relevantes y evaluar su calidad con el protocolo Agree se decidió tomar como referencia para adaptar la guía de la AHA, con las modificaciones pertinentes para adaptar en nuestro entorno. Se elaboró una tabla con la evidencia de las recomendaciones principales para realizar una evaluación sistemática de las recomendaciones más importantes.

Se ha elaborado el protocolo y ha sido revisado externamente por el servicio de anestesia. Se ha enviado para colgar en la intranet.

Se ha realizado formación en RCP básica y avanzada:

- Durante Marzo de 2016 y octubre de 2017 se han realizado 2 cursos de Apoyo vital básico y avanzado para médicos y DUES en los que ha participado el servicio de urgencias.
- En el mes de Diciembre de 2017 se ha llevado a cabo en el servicio una sesión clínica con personal representativo del servicio (7 médicos; 4 DUES ; 1 TCAE y 1 celador).
- Se pretende realizar nuevas sesiones clínicas en el servicio de Urgencias en el primer semestre de 2018 que irán seguidos de controles en forma de simulación controlada para la formación y perfeccionamiento del personal de urgencias en la aplicación del protocolo.
- Tras la formación vamos a implantar la Escala de Riesgo Precoz de PCR y se iniciará la recogida de datos mediante la Hoja de Registro de PCR estilo Utstein . Semestral y/o anualmente se calcularán los Indicadores de evaluación propuestos en el Protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El protocolo ha sido elaborado y está en la unidad de calidad
- Todavía es pronto para hacer una evaluación de los indicadores que finalmente hemos seleccionado en el protocolo: % de pacientes con utilización de megadosis de adrenalina, tiempo desde la detección hasta el inicio de maniobras, tiempo desde la detección a la primera desfibrilación

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El cronograma para elaboración e implantación del protocolo tenía que haber contado con un período de tiempo más largo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/42 ===== ***

Nº de Registro: 0042

Título
DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, CRUZ LOPEZ ANA MARIA, COLAS OROS CARLOS, GOMEZ ARA ANA MARIA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR, GARCIA GARCIA ALFREDO, RIOS GARCIA MARIA ISABEL, ROYO MOLES MARIA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0042

1. TÍTULO

DESARROLLO DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION EN LA ATENCION DE PACIENTES CRITICOS Y EN PARADA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

PROBLEMA

En una PCR los segundos son vitales y el tratamiento no puede improvisarse ni demorarse; por ello, en esta situación de gravedad extrema, el personal sanitario tiene que saber lo que se debe y lo que no se debe hacer en cada momento. Con una adecuada formación y entrenamiento del personal se pueden recuperar hasta el 20% más de PCR

Las paradas cardíacas hospitalarias representan un problema de primera magnitud. En el mejor de los casos sólo 1 de cada 6 pacientes tratados sobrevive y puede ser dado de alta. Existe la evidencia de que pueden disminuirse la mortalidad y las secuelas que originan las paradas cardiorrespiratorias si se disminuyen los retrasos en la respuesta asistencial con la optimización de la cadena de supervivencia hospitalaria. Mediante estrategias que mejoren la identificación y tratamiento temprano de las situaciones susceptibles de desencadenar una parada cardíaca; la detección precoz de la parada por el personal que atiende al enfermo; la aplicación de la RCP básica y desfibrilación precoz; el inicio de RCP avanzada en pocos minutos y el traslado asistido e ingreso en la UCI. En nuestro servicio, aunque son conocidos los eslabones de la cadena de supervivencia y los algoritmos de tratamiento de la PCR, no existe un protocolo de actuación sistematizada ante la misma, por lo que consideramos interesante realizarlo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es establecer un programa de actuación sistematizada para la asistencia al paro cardiorrespiratorio en el Servicio de Urgencias. Y con ello:
Mejorar el pronóstico de los pacientes que sufran una PCR en nuestro servicio.
Divulgar el concepto y los eslabones de la cadena de supervivencia
Optimizar la formación de los profesionales del servicio
Difundir normas básicas para la detección de pacientes de riesgo y para la prevención de la PCR

MÉTODO

Se desarrollará un protocolo de actuación en la atención del paciente crítico y en PCR, previa revisión bibliográfica sobre el tema, que se adapte a nuestro medio, contando con todos los posibles implicados en la atención al paciente. Una vez evaluado y aprobado por la Comisión de revisores de recomendaciones de práctica clínica de nuestro hospital, se realizarán varias sesiones clínicas a todo el personal del servicio para explicar dicho protocolo

INDICADORES

- % de asistencia de profesionales a las sesiones clínicas para exposición del protocolo
- % asistencia a los cursos de RCP básica y avanzada para personal sanitario y no sanitario
- Satisfacción del personal con el procedimiento (encuesta de elaboración propia).

DURACIÓN

Elaboración del protocolo hasta el 4º trimestre de 2015.
Realización de cursos de RCP básica y avanzada en el 4ª trimestre de 2015
Sesiones clínicas primer trimestre de 2016.

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 - 2016/0421

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA CRUZ LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BELENGUER CARRERAS LINA MARIA
GOMEZ ARA ANA MARIA
AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN
CERDA GINER CLARA
RIOS GARCIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La VMNI es una técnica incorporada en el uso del Servicio de Urgencias, para mejorar esta asistencia en nuestro servicio hemos considerado necesario la realización del procedimiento de actuación de VMNI, con el uso de nuestros ventiladores, para evitar la variabilidad que pueda existir entre los distintos profesionales.

El grupo de trabajo ha sido constituido por profesionales médicos y enfermería del Servicio, nos hemos documentado sobre la técnica, organizado el trabajo, consensado la actuación en nuestro servicio de urgencias utilizando los respiradores de los que disponemos.

Se ha finalizado el procedimiento de VMNI en nuestro Servicio de Urgencias. Exponemos las indicaciones, contraindicaciones de la técnica, cómo iniciarla, seguimiento, detallado funcionamiento de los respiradores, así como el éxito y fracaso de la VMNI. Se completa nuestro trabajo con los adecuados cuidados de enfermería y su forma de actuación.

Hemos realizado una explicación detallada de la técnica, los cuidados de enfermería que estos pacientes precisan y la utilización de los diferentes ventiladores de los que disponemos en el servicio de Urgencias de nuestro Hospital.

Se ha implementado un registro de los pacientes a los que hemos aplicado VMNI en el período comprendido entre Marzo y Diciembre de 2017 y continúa en la actualidad.

Los motivos de instauración más frecuentes de este tratamiento han sido:

Insuficiencia respiratoria hipercápnica, hipoxémica, en pacientes con EPOC reagudizado e Insuficiencia Cardiaca.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de pacientes en tratamiento:

- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica= 100%
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva= 1/24 = 4,16% (Causa: por una mala adaptación del paciente a la técnica).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de esta técnica nos ha permitido realizar una selección adecuada de los pacientes candidatos a VMNI que se pueden beneficiar de esta técnica de soporte como alternativa a la intubación orotraqueal en pacientes críticos con insuficiencia respiratoria. Con esta técnica los pacientes han podido ser tratados en nuestro hospital, reduciendo el número de traslados que conlleva la ventilación mecánica invasiva. Disminuyen las complicaciones que ésta conlleva al igual que se reduce el gasto costo-efectivo que supone la VMI.

En el sistema PCH disponemos actualmente de la posibilidad de registrar a todos los pacientes a los que vamos a aplicar la técnica de VMNI, con la posibilidad de posibles estudios para comprobar cómo la estamos realizando, éxitos y fracasos y la posibilidad de mejora de calidad de nuestras actuaciones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/421 ===== ***

Nº de registro: 0421

Título
PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
CRUZ LOPEZ ANA MARIA, AZUARA LAGUIA CARMEN, CERDA GINER CLARA, BELENGUER CARRERAS LINA MARIA, GOMEZ ARA ANA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0421

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE ACTUACION EN VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

MARIA, RIOS GARCIA ISABEL, GARCIA GARCIA ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

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

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

PROBLEMA

En la actualidad venimos observando cierta variabilidad en la indicación y los cuidados de los pacientes que requieren ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar los criterios de indicación de ventilación mecánica no invasiva.
Establecer los cuidados de enfermería que deben seguir estos pacientes.

MÉTODO

- Establecimiento y documentación de un procedimiento clínico de ventilación mecánica no invasiva en nuestro servicio, con especial énfasis en:
- Indicaciones de ventilación mecánica (Criterios de inclusión y exclusión)
- Implementación de la técnica
- Monitorización y cuidados de enfermería en estos pacientes

- Difusión del procedimiento
- Evaluación del procedimiento (estudio antes-después)

INDICADORES

- % de pacientes con indicación correcta de ventilación mecánica
- % de pacientes con fracaso de ventilación mecánica no invasiva
- % de pacientes en los que se ha determinado ...

DURACIÓN

- Enero-Marzo de 2017 Consituición de equipo de trabajo multidisciplinar y elaboración del procedimiento
- Abril 2017: Difusión del procedimiento
- Mayo-Noviembre 2017: Implementación del procedimiento
- Diciembre 2017: Evaluación de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 14/01/2019

2. RESPONSABLE CARLOS COLAS OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

TURON ALCAINE JOSE MARIA
GAVIN BLASCO OLGA
GRACIA GARCIA OLGA
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA
BRONCHAL FELL SOPHIE
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
FERNANDEZ ALONSO EDGAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado un grupo de trabajo que ha elaborado un procedimiento de código sepsis que incluye la creación de un sistema de alerta en plantas y en atención primaria basado en los criterios quick-sofa, sistema de alerta en urgencias basado en los criterios del programa PCH y en caso de cumplir criterios aplicación del primer y segundo bundle. Incluye un procedimiento de manejo hemodinámico, otro de manejo del lactato, otro de limitación del esfuerzo terapéutico y las tablas de antibioterapia empírica. Se ha establecido un check list para cada bundle. Siguiendo las recomendaciones del ministerio se ha creado una subcomisión del código sepsis. Sus funciones serán la de monitorizar la implementación del protocolo proporcionando soporte al médico responsable y estableciendo las acciones de mejora que se consideren convenientes. El grupo estará compuesto de dos equipos de médico de urgencias, médico internista y enfermera con el apoyo de un farmacéutico, microbiólogo y cirujano que se reunirán con el médico responsable del paciente los dos días siguientes al ingreso de un paciente con sepsis (reuniones de 30 minutos) y en caso necesario según evolución posterior. El protocolo se va a implantar en 2019 mediante sesiones formativas a médicos de planta, enfermería de planta, médicos de urgencias, enfermería de urgencias (con especial énfasis en enfermería de triaje)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha hecho una evaluación previa de los indicadores propuestos en los pacientes atendidos con sepsis en los últimos 3 meses (17 casos, sobre un total de 90 registrados en todo el año), con el siguiente resultado:

LACTATO EN EL MOMENTO DE LA SOSPECHA 94,11%
HEMOCULTIVOS ANTES DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO 58,82%
INICIO ANTIBIOTERAPIA ANTES DE 60 MINUTOS 47%
CONTROL DE LA FUENTE ANTES DE 12 HORAS 50% (solo dos casos)
APLICACIÓN COMPLETA DE SEPSIS SIX 58,82%
APLICACIÓN COMPLETA DE SEGUNDO BUNDLE 58,82%
LACTATO MENOS DE 2 A LAS 24 HORAS 82,35%
TTO ANTIBIÓTICO EMPIRICO ADECUADO 100%
FALLECIMIENTO 17,64%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los principales problemas antes de implantar el protocolo son la recogida de hemocultivos antes de tratamiento antibiótico, el inicio de la antibioterapia antes de 60 minutos, y la aplicación de los bundles (protocolos de atención inicial). Existe amplio espacio para la mejora de la atención a la sepsis en el Hospital de Alcañiz. El proyecto continuará en 2019 con la implantación del protocolo y la puesta en marcha de la comisión del código sepsis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS COLAS OROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

DIAZ RODRIGUEZ IVAN
GAVIN BLANCO OLGA
BRONCHAL FELL SOPHIE
GORRIZ PINTADO SILVIA
VICENTE MARTINEZ MARIA PILAR
RUIZ ANDRES MARIA ANGELES
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se constituyó la subcomisión del código sepsis que tiene como función desarrollar el procedimiento del código sepsis y monitorizar la implantación del procedimiento en el hospital
- Se ha terminado el procedimiento, incluyendo un algoritmo de manejo de la procalcitonina, que se aprobó en la comisión de evaluación de cartera de servicios, para la evaluación de la efectividad del tratamiento antibiótico y el planteamiento del desescalamiento si procede.
- Por parte del laboratorio se ha creado el perfil del código sepsis para asegurar que no falte ningún parámetro analítico en el primer bundle
- Se han elaborado posters con el algoritmo del código sepsis para ser colgados en los boxes de urgencias.
- Creación de un registro de activación de código sepsis en las plantas
- El procedimiento se ha revisado por el equipo PROA y la comisión de infecciones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La implantación tuvo que ser aplazada debido a que el concurso de traslado de los médicos de urgencias se resolvió a final de año, por lo que vamos a comenzar las sesiones de implantación en el mes de Febrero, monitorizando la implantación mediante el seguimiento por la subcomisión de los indicadores de los pacientes con activación del código sepsis en el período comprendido entre Marzo y Mayo, estableciendo las acciones de mejora que procedan

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Vamos despacio, pero hemos creado un procedimiento actualizado, con buena comunicación con los diferentes actores. Próximamente veremos los resultados que produce.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/77 ===== ***

Nº de registro: 0077

Título
INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
COLAS OROS CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0077

1. TÍTULO

INCERTIDUMBRE EN LA APLICACION DEL CODIGO SEPSIS EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

PROBLEMA

En el año 2015, en urgencias del hospital de Alcañiz comenzó a implementarse la estrategia de código sepsis. La sospecha se inicia con un aplicativo de PCH que avisa en el triaje de sospecha de paciente con sepsis, por lo que requiere evaluación del médico para diagnóstico y actuación precoz. Sin embargo, dicha intervención nunca se ha documentado, ni se ha monitorizado su aplicación, de tal forma que es un protocolo implícito que puede sufrir variaciones individuales en su aplicación, así como relajación a lo largo del tiempo. Además, esta estrategia no se ha llegado a implementar en las plantas.

RESULTADOS ESPERADOS

Asegurar la implementación del código sepsis tanto en urgencias como en las plantas del hospital de Alcañiz. Monitorización periódica de indicadores de la implantación del código sepsis e implementación de acciones correctivas cuando proceda.

MÉTODO

- Elaboración de un protocolo de aplicación del código sepsis en el hospital de Alcañiz para ser aplicado en el servicio de Urgencias y en los pacientes ingresados.
- Formación al personal médico y de enfermería
- Elaboración de póster, trípticos de bolsillo y colocación del proyecto en la intranet del sector

INDICADORES

% de pacientes atendidos en urgencias con medición de lactato en la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sospecha de código sepsis a los que se ha pedido antibiograma antes de iniciar tratamiento empírico (Objetivo: > 90%)
% de pacientes en los que se ha iniciado antibioterapia antes de la primera hora desde que se activa la sospecha (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico y último lactato mayor de dos en los que se ha solicitado nueva determinación a las dos horas (Objetivo: > 90%)
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado el lactato en < 24 horas
% de pacientes con sepsis grave/shock séptico en los que se ha normalizado la presión arterial en < 24 horas
Mortalidad por sepsis (Objetivo: reducción)

DURACIÓN

- Marzo-Julio: elaboración del procedimiento clínico
- Septiembre-Octubre: formación en plantas, elaboración y difusión de materiales
- Enero 2019: monitorización de los primeros meses

El proyecto va a tener carácter plurianual y será monitorizado 2 veces al año a partir de 2019 hasta que se considere consolidado y quede en monitorización anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0664

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL ROYO MOLES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAURAS NAVARRO MARIA TERESA
AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN
MOLINOS BOSQUE SUSANA
PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR
GASCON PUYO ESPERANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos realizado un borrador del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento en el servicio de urgencias. También estamos elaborando los circuitos que debemos tomar con cada paciente en los diferentes aislamientos y los boxes y camas de observación que deben ocupar dentro de urgencias. Con el servicio de admisión se están revisando las peticiones de ingreso en las que el paciente necesitaba un aislamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Y el porcentaje de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste registro de aislamiento desde el servicio de urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con este proyecto pretendemos aumentar la seguridad del paciente en su estancia en urgencias, ubicandolo en el sitio correcto y realizando los circuitos mas adecuados por su patología . Y también que haya una buena comunicación del tipo de aislamiento que se necesita a la hora de solicitar el ingreso del paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/664 ===== ***

Nº de registro: 0664

Título
DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

Autores:
ROYO MOLES MARIA ISABEL, SAURAS NAVARRO MARIA TERESA, AZUARA LAGUIA MARIA CARMEN, MOLINOS BOSQUE SUSANA, PEREZ VILLANUEVA MARIA MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente tenemos infraregistro del paciente con criterios de aislamiento, que se derivan a hospitalización. En determinadas ocasiones, el paciente con aislamiento ingresa en hospitalización y no está registrado su condición de aislamiento, esto hace que se afecte a la seguridad del paciente, en el momento que se ingresa con otro paciente en la misma habitación o incluso que se retrasen las medidas preventivas para este tipo de pacientes. Lo que pretendemos con este proyecto es la derivación correcta de estos pacientes a hospitalización, para ello crearemos un subproceso de derivación de pacientes en aislamiento, dentro del proceso de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0664

1. TÍTULO

DERIVACION DEL PACIENTE CON AISLAMIENTO A HOSPITALIZACION

RESULTADOS ESPERADOS

1. Realizar el procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento
2. Registrar por parte de urgencias en la petición de ingreso en hospitalización.
3. Realizar las medidas preventivas a los pacientes en aislamiento antes de su ingreso en planta.

MÉTODO

1. Realización del procedimiento de derivación de pacientes en aislamiento, por parte de medicina y de enfermería del servicio de urgencias.
2. Puesta en marcha de las medidas preventivas al paciente en aislamiento.
3. Distinción según el tipo de aislamiento y las medidas a tomar.
4. Comprobación de paciente con aislamiento en la hoja de petición de ingreso.
5. Colaborar con el servicio de admisión en las dudas, sobre la derivación de los mismos.

INDICADORES

1. Realización del subproceso de derivación de pacientes con aislamiento a hospitalización. Indicador dicotómico: SI/NO
2. % de pacientes ingresados en hospitalización en los que conste en registro de paciente en aislamiento desde el servicio de urgencias.

DURACIÓN

Anual, empezaremos el proyecto el mes de junio y las actividades se realizarán a lo largo del año 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0585

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA LUISA GIL ORTIGOSA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER
VALERO MILIAN JESUS
APARICIO MARTINEZ LYDIA
CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA
FERNANDEZ ARENAS EMILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los 3 primeros meses de proyecto se ha elaborado un documento de consenso entre los diferentes profesionales implicados en la atención postoperatoria del paciente sometido a las intervenciones endoscópicas de urología, especialmente RTU de tumor vesical y RTU de próstata. Se ha analizado la factibilidad de implantación de este proyecto con los medios materiales y personales con los que se cuentan llegando a la conclusión de que resulta asumible agilizar el tiempo postoperatorio sin una merma en la calidad y en la seguridad del paciente y profesional sanitario. Enfermería ha asumido un incremento de su responsabilidad en la toma de decisiones en cuanto a manejo de lavadores con buenos resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha logrado reducir el tiempo de uso de sistema lavador de forma global cuando las características quirúrgicas o del paciente garantizasen dicha reducción en condiciones de seguridad. Así se ha logrado, por tanto, un ahorro en personal y material derivado de la reducción de tiempo de usos.
Se ha conseguido la retirada de cistostomía suprapúbica en pacientes sometidos a RTU de próstata en las primeras 24 horas en la práctica totalidad de los pacientes lo que repercute en un mayor confort del paciente y en una reducción de posibles eventos relacionados con infección del sitio quirúrgico en la zona de punción.
Se ha acordado incentivar la movilización precoz del paciente si bien no disponemos de resultados en este punto aunque la impresión general es que la sensación de fragilidad, la edad avanzada de los pacientes así como la presencia de sueroterapia y sistema de irrigación continua condiciona nuestros resultados al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Un proyecto de mejora en este tipo de cirugías, que son muy frecuentes en un hospital de nuestras características, resultaba necesario para homogeneizar el manejo de nuestros pacientes así como motivar a personal y pacientes a participar activamente en la recuperación
- El proyecto realizado no requiere desembolso económico alguno sino un equipo de personal multidisciplinar motivado a la mejora y que crea en el proyecto así como que aporte su punto de vista.
- Se recomienda plasmar en un documento los pilares fundamentales del nuevo manejo para la consulta de todos los profesionales en momentos de duda.
- Ha quedado pendiente la reducción en el uso de antibióticos si bien el cambio en la forma de profilaxis no compete únicamente al equipo de Urología sino que ha de ser consensado en la comisión de infecciosas correspondiente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/585 ===== ***

Nº de registro: 0585

Título
ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Autores:
GARCIA RUIZ RAMIRO, ANDRES LAZARO VICENTE JOSE, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, VALERO MILIAN JESUS, APARICIO MARTINEZ LYDIA, ANDRES LOPEZ VANESA, CATALA HERNANDEZ MARIA LUISA, FERNANDEZ ARENAS EMILIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0585

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DEL MANEJO MEDICO Y DE CUIDADOS DE ENFERMERIA DEL PACIENTE SOMETIDO A CIRUGIA ENDOSCOPICA UROLOGICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA
Los procedimientos endoscópicos urológicos constituyen una parte importante de la actividad quirúrgica en los servicios de Urología en general y, en especial, en los Hospitales comarcales. Resulta fundamental establecer un manejo adecuado y estandarizado en cuanto al tratamiento antibiótico profiláctico, manejo de los sistemas de irrigación continuo así como de la retirada de la sonda garantizando una adaptación de los procedimientos al tipo de intervención y de paciente así como evitando costes o prolongación de estancias innecesarias. Actualmente en el servicio de Urología del Hospital de Alcañiz se halla constituido por 4 facultativos especialistas de área con formación especializada en diferentes servicios de Urología por lo que aunar criterios adaptando los postoperatorios a la última evidencia resulta importante.

RESULTADOS ESPERADOS
- Homogeneizar el manejo postoperatorio de la cirugía endoscópica urológica en un Hospital Comarcal (RTU de Próstata y RTU de tumor vesical).
- Reducir la estancia media si es posible.
- Evitar complicaciones derivadas de sondaje vesical más prolongado del estrictamente necesario.
- Evitar el empleo de cistostomías suprapúbicas salvo que quirúrgicamente se requiera.
- No incrementar el número de complicaciones derivadas de este nuevo manejo.
- Implicar al paciente en su recuperación postquirúrgica facilitando la movilización precoz.

MÉTODO
- Concienciación de todo el personal sanitario implicado en la atención del paciente urológico (Médicos, Enfermería, Técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, celadores...)
- Salida del paciente del quirófano sin cistostomía suprapúbica o retirada de la misma en primeras 24 horas.
- Cierre precoz de sistema de irrigación continua (la tarde de la intervención en caso de RTU de tumor vesical y en la mayor brevedad en caso de RTU de Próstata así como movilización del paciente incluso llevando dicho sistema.
- Retirada precoz de sonda vesical.
- Minimizar el empleo de antibióticos como profilaxis de la infección postoperatoria a dosis única preoperatoria.

INDICADORES
- Ausencia de cistostomía suprapúbica al salir de quirófano o retirada de la misma en primeras 24 horas (>90%).
- Cierre de lavador en RTU de tumor vesical en primeras 24 horas (>90%).
- Reducción del tiempo de sistema de irrigación en RTU de Próstata respecto protocolo previo >24 horas (>80%).
- Reducción de la estancia media global en ambos procedimientos.
- Pacientes dados de alta sin sonda (>90%).
- Uso de antibióticos en postoperatorio (<50%).

DURACIÓN
- 3 primeros meses desde la aceptación: Reunión de todo el equipo y consenso de los procedimientos, realización de protocolos de tratamiento postoperatorio o cronogramas tras la intervención. Puesta en marcha, detección de problemas y resolución de los mismos.
- 8 meses siguientes: Fase de realización de actividades.
- 1 mes siguiente (hasta completar un año): Analisis en términos absolutos y comparativos de resultados y complicaciones en estos pacientes.

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 - 2016/1242

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
VALERO MILIAN JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la adquisición del aparataje (resector bipolar) en septiembre de 2017 y hasta fecha de hoy 20 de febrero de 2018; hemos realizado 10 resecciones de próstata y 3 de grandes tumores vesicales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el transcurso de estos meses solamente hemos realizado una cirugía abierta por adenoma de próstata y tenemos otro paciente pendiente de adenomectomía abierta de próstata.

Los pacientes operados de resección bipolar de próstata han sido dados de alta, sin sonda, al tercer día de la cirugía.

Ningún paciente de los intervenidos, RTU bipolar de próstata, ha requerido de transfusión. Y estos pacientes no han necesitado de lavado vesical continuo más 24 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la implantación de la resección bipolar en nuestro hospital hemos visto que:

- Se han reducido el número de cirugías abiertas por adenoma de próstata.
- Se ha reducido la estancia post-operatoria, en tres días de media, en dicha patología.
- No ha sido necesario realizar transfusiones.
- Se han reducido los días de lavado vesical continuo.

- Se han podido intervenir, en un tiempo, grandes tumores de vejiga que con la resección convencional hubieran necesitado de dos intervenciones.

Aunque la incorporación del aparataje se retrasó hasta septiembre de 2017; la curva de aprendizaje ha sido corta y los resultados obtenidos muy buenos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1242 ===== ***

Nº de registro: 1242

Título
IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JOSE, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, VALERO MILIAN JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el ámbito quirúrgico la tendencia actual es a evitar, en lo posible, la realización de cirugías abiertas; bien sea con la realización por vía endoscópica, percutánea o laparoscópica. En nuestro hospital la cirugía de la hiperplasia benigna de próstata, cuando la glándula es mayor de 60 c.c., se realiza por vía abierta, al no disponer hasta el momento de un resector bipolar. Tras la adquisición del mencionado aparato evitaremos la realización de cirugía abierta en un alto porcentaje de pacientes, disminuyendo los costes de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1242

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA RESECCION BIPOLAR TRANSURETRAL EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

intervención, la morbilidad intra y postoperatoria, la estancia postoperatoria y los días de recuperación del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la implantación de dicha técnica quirúrgica se espera reducir en casi un 70% la cirugía abierta del adenoma de próstata, también reducir el sangrado intra y postoperatorio en las resecciones transuretrales de próstata y de tumores de vejiga; con todo ello se acortaran los días de estancia postoperatoria, logro importante en un Hospital comarcal como el nuestro que a temporadas tiene problemas de camas. También se acortaran los días de recuperación del paciente, con la inserción al mundo laboral más precoz. En definitiva todo ello supondrá un ahorro económico importante.

MÉTODO

En primer lugar la adquisición de un resector bipolar por parte del Hospital de Alcañiz. (Incluido en el plan de necesidades del Servicio de Urología desde el inicio del año 2016). Una vez ya probado el aparataje, realización de una mínima curva de aprendizaje por parte de los miembros del Servicio de Urología.

INDICADORES

- Disminución del número de cirugías abiertas en el adenoma de próstata.
- Reducción de la estancia postoperatoria.
- Reducción del número de transfusiones postoperatorias en las resecciones transuretrales.
- Reducción del tiempo de lavado continuo vesical tras una resección transuretral.

DURACIÓN

Una vez se disponga de aparato se comenzara con la técnica quirúrgica, por parte de los miembros del servicio de Urología.
Una vez llevemos 12 meses de utilización, revisaremos los resultados, realizando un análisis en términos absolutos y comparativos de los resultados y de las complicaciones de estos paciente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1502

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 19/06/2017

2. RESPONSABLE VANESA ANDRES LOPEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PONS GODES INMACULADA
INSA GOMEZ MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en el Servicio de Urología en Hospitalización del Hospital de Alcañiz;

- Retirada de catéter doble J.
- Chevassue.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma.

Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión y actualización de todos los procedimientos del Servicio de Urología.
Reuniones trimestrales, con acta en cada una de ellas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se determinarán al finalizar el año, y se presentarán datos de los procedimientos actualizados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1502 ===== ***

Nº de registro: 1502

Título
PROYECTO DE MEJORA DE ACTUALIZACION DE PROCESOS MEDICO-QUIRURGICOS EN EL AREA DE UROLOGIA DEL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Autores:
ANDRES LOPEZ VANESA, PALOMAR JOVEN MARTA, PONS GODES INMACULADA, INSA GOMEZ MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1502

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA REVISION DE LOS PROCEDIMIENTOS DE HOSPITALIZACION DE UROLOGIA EN EL HOSPITAL DE ALCAÑIZ

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No disponemos de información actualizada ante determinados procesos en hospitalización.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar conocimientos sobre determinadas procesos médico- quirúrgicos en el área de urología.

MÉTODO

Propuesta de trabajo anual de la revisión de los protocolos existentes actualmente en la 2ª planta del Hospital de Alcañiz;

- Retirada de catéter doble J.
- Chevassue.
- U.I.E.
- Varicocele.
- Nesbit.
- Fistulectomíavesico-vaginal.
- Adenomectomía de próstata.
- Orquiectomía.
- RTU próstata/vesical.
- Cistolitotomía.
- Nefrectomía.
- T.O.T.
- Biopsia próstat/vesical.
- Biopsia renal.
- Hidrocele.
- Litotricia endoscópica.
- Orquidopexia.
- Ureterorenoscopia.

Revisión de tabla resumen de intervenciones quirúrgicas existente actualmente en el servicio de urología, y propuesta de actualización de la misma. Revisión por parte de urólogos del servicio para aprobar modificaciones o nuevas aportaciones de los mismos.

INDICADORES

Realización de proyectos actualizados en el servicio de urología: SI/NO

DURACIÓN

ANUAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0662

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO MILIAN JESUS
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
ANDRES LOPEZ VANESA
GASCO CASTILLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró una ruta asistencial de la atención a la microhematuria que incluía un protocolo de petición de pruebas en pacientes con microhematuria previo a la derivación a la consulta de urología (indicado tras interconsulta virtual). Se acordó con la dirección de Atención Primaria incluir dentro de la cartera de servicios de atención primaria la realización de citologías en orina.

El protocolo fue expuesto en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria y difundido a través de la dirección de Atención Primaria.

Este protocolo forma parte de una línea estratégica del Servicio de Urología para optimizar la interconsulta virtual, para lo que también se ha desarrollado un protocolo de hipertrofia benigna de próstata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se contestaron de junio (fecha de implantación) a diciembre 212 interconsultas virtuales, siendo el número de presenciales de 556. En el año 2018 desde enero a diciembre se han contestado 1098, y el número de visitas presenciales de enero a septiembre ha sido de 305 visitas.

La demora media en el año 2017 era de 71 días y actualmente es de 21 días sin haber variado el número de facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diálogo y la coordinación con atención primaria, junto con el desarrollo de protocolos y la interconsulta virtual han conseguido reducir de forma evidente la demora media y el número de visitas presenciales en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/662 ===== ***

Nº de registro: 0662

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, ANDRES LOPEZ VANESA, GASCO CASTILLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0662

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA MICROHEMATURIA

PROBLEMA

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la realización de "interconsultas virtuales", es la investigación de la microhematuria, que requiere de una evaluación inicial con varias pruebas que pueden desarrollarse desde atención primaria evitando la primera visita a estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un protocolo de derivación, en pacientes con microhematuria, para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología evitando la primera consulta.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual.
Evitar desplazamientos a los pacientes.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de derivación con anamnesis dirigida y petición de batería de pruebas complementarias para después valorar la derivación a través de la interconsulta virtual.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por microhematuria.
% de interconsultas virtuales, en pacientes con microhematuria, con demoras superiores a los 7 días.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0663

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE JESUS VALERO MILIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
GASCO CASTILLO VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se elaboró una ruta asistencial de la atención a la hipertrofia benigna de próstata que incluía un protocolo de diagnóstico seguimiento y tratamiento en atención primaria, que evitara la derivación sistemática de pacientes sin factores de riesgo a la consulta de urología. Se acordó con la dirección de Atención Primaria y la Comisión de Uso racional del medicamento. Como apoyo a la ruta asistencial se insistió en la realización de interconsultas virtuales en caso de duda.

El protocolo fue expuesto en la Junta Técnico Asistencial de Atención Primaria y difundido a través de la dirección de Atención Primaria.

Este protocolo forma parte de una línea estratégica del Servicio de Urología para optimizar la interconsulta virtual, para lo que también se ha desarrollado un protocolo de hipertrofia benigna de próstata.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2017 se contestaron de junio (fecha de implantación) a diciembre 212 interconsultas virtuales, siendo el número de presenciales de 556. En el año 2018 desde enero a diciembre se han contestado 1098, y el número de visitas presenciales de enero a septiembre ha sido de 305 visitas.

La demora media en el año 2017 era de 71 días y actualmente es de 21 días sin haber variado el número de facultativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El diálogo y la coordinación con atención primaria, junto con el desarrollo de protocolos y la interconsulta virtual han conseguido reducir de forma evidente la demora media y el número de visitas presenciales en nuestro servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/663 ===== ***

Nº de registro: 0663

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

Autores:
VALERO MILIAN JESUS, ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS

Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0663

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA HIPERTROFIA BENIGNA DE PROSTATA

PROBLEMA

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolo de derivación de pacientes con Hiperplasia Benigna de Próstata para atención primaria.

Reducir la demora en las consultas de urología.

Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.

Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Hiperplasia Benigna de Próstata.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Hiperplasia Benigna de próstata no complicada y derivación en el resto de los casos.

Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.

Nº de interconsultas virtuales por Hiperplasia Benigna de próstata.

% de interconsultas virtuales, por Hiperplasia Benigna de Próstata, con demoras mayores de 7 días.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo

- Junio: Difusión en los centros de salud

- Diciembre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0228

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE VICENTE JAVIER ANDRES LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO MILIAN JESUS
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
GASCO CASTILLO VERONICA
DOMINGO LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo consensuado con Atención Primaria, se ha buscado bibliografía específica tanto para el ámbito de Urología como Atención Primaria, quedando establecida una ruta asistencial que tiene en cuenta el diagnóstico diferencial de origen psicógeno u orgánico, anamnesis, con especial énfasis en fármacos que puedan relacionarse con la disfunción, pruebas complementarias, criterios de derivación a urología, tratamiento farmacológico en atención primaria, consejo sexual y revisión de la evidencia de los principales fármacos. Todavía no se ha difundido en Atención Primaria por cuestiones de agenda de la Dirección de Atención Primaria. Está previsto que se difunda en el primer trimestre de 2020 y el documento se va a colgar en la intranet en el mes de Enero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No ha sido implantado todavía por las razones expuestas, aunque sí que puede considerarse como resultado la eficacia de la colaboración entre el servicio y Atención Primaria, contrastando nuestras distintas fuentes de información y consiguiendo consensos que nunca hasta la fecha se habían establecido en nuestro entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento la estrategia de trabajo conjunto entre Atención Primaria y Urología siguiendo la trayectoria del paciente en nuestro sector se ha mostrado como una herramienta sumamente útil para conocer los enfoques de los dos ámbitos dando lugar a un protocolo compartido realmente por los dos servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/228 ===== ***

Nº de registro: 0228

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCANIZ

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Disfunción Eréctil.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0228

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA DISFUNCION ERECTIL

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolo de derivación de pacientes con Disfunción Eréctil para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Disfunción Eréctil en el varón.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Disfunción Eréctil no complicada y derivación en el resto de los casos.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por Disfunción Eréctil.
% de interconsultas virtuales, por Disfunción Eréctil, con demoras mayores de 7 días.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0230

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE VICENTE JOSE ANDRES LAZARO

· Profesión MEDICO/A
· Centro H ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALERO MILIAN JESUS
GIL ORTIGOSA MARIA LUISA
GASCO CASTILLO VERONICA
DOMINGO LOPEZ RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un protocolo consensuado con Atención Primaria, se ha buscado bibliografía específica tanto para el ámbito de Urología como Atención Primaria, quedando establecida una ruta asistencial que comienza con anamnesis que incluye fármacos que pueden favorecer la incontinencia y clasificación de los síntomas mediante cuestionarios de incontinencia de esfuerzo y urgencia para orientar el diagnóstico y posterior tratamiento. Destacamos el esfuerzo en documentar el método de realización de ejercicios de suelo pélvico, que pueden orientar futuras acciones educativas grupales en atención primaria. Finalmente se ha revisado la evidencia del tratamiento farmacológico disponible actualmente informando especialmente de los efectos secundarios que causan la mayor parte de abandonos del tratamiento. La ruta asistencial ha sido concluida, pero no ha sido difundida todavía en Atención Primaria, por cuestiones de agenda de la Dirección. Está previsto que se difunda en el primer trimestre de 2020 y el documento se va a colgar en la intranet en el mes de Enero.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No ha sido implantado todavía por las razones expuestas, aunque sí que puede considerarse como resultado la eficacia de la colaboración entre el servicio y Atención Primaria, contrastando nuestras distintas fuentes de información y consiguiendo consensos que nunca hasta la fecha se habían establecido en nuestro entorno.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento la estrategia de trabajo conjunto entre Atención Primaria y Urología siguiendo la trayectoria del paciente en nuestro sector se ha mostrado como una herramienta sumamente útil para conocer los enfoques de los ámbitos dando lugar a un protocolo compartido realmente por los dos servicios. Fruto de esta experiencia hemos creado una línea de trabajo que nos pueda potenciar a los dos servicios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/230 ===== ***

Nº de registro: 0230

Título
OPTIMIZACION DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCION PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

Autores:
ANDRES LAZARO VICENTE JAVIER, VALERO MILIAN JESUS, GIL ORTIGOSA MARIA LUISA, GASCO CASTILLO VERONICA, DOMINGO LOPEZ RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H ALCAÑIZ

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos meses se están produciendo demoras en las consultas de urología, por lo que consideramos importante incrementar la eficiencia de nuestras visitas en colaboración con atención primaria. Uno de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0230

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN DE LA INTERCONSULTA VIRTUAL PARA ATENCIÓN PRIMARIA: RUTA ASISTENCIAL DE LA INCONTINENCIA URINARIA

motivos más frecuentes de derivación en las consultas externas de urología y en la actualidad de interconsultas virtuales, es el diagnóstico y seguimiento de la Incontinencia Urinaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Protocolo de derivación de pacientes con Incontinencia Urinaria para atención primaria.
Reducir la demora en las consultas de urología.
Reducir, agilizar y optimizar el uso de la interconsulta virtual. Evitar desplazamientos a los pacientes.
Atención segura y eficiente en Atención Primaria de la Incontinencia urinaria en la mujer.

MÉTODO

Elaboración de protocolo de diagnóstico de patología prostática con diagnóstico y seguimiento en Atención Primaria de los pacientes con Incontinencia urinaria no complicada y derivación en el resto de los casos.
Formación en Atención Primaria y difusión del protocolo en los centros de salud.

INDICADORES

Demora en primeras consultas en la consulta de urología.
Nº de interconsultas virtuales por Incontinencia Urinaria.
% de interconsultas virtuales, por Incontinencia Urinaria, con demoras mayores de 7 días.

DURACIÓN

- Mayo: Elaboración de protocolo
- Junio: Difusión en los centros de salud
- Diciembre: Evaluación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE HELENA BECERRA DARRIBA
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCAÑIZ
· Localidad ALCAÑIZ
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector ALCAÑIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA
BESTUE FELIPE CATALINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los pacientes que iniciaron el tratamiento con litio entre octubre de 2016 y noviembre de 2017, cumplieron y firmaron el documento de consentimiento informado escrito diseñado para tal efecto, que se incorporó a su historia clínica y se explicó verbalmente en la entrevista. De igual forma, se les proporcionó un folleto informativo con recomendaciones sobre las precauciones básicas a tener en cuenta en relación a las características farmacocinéticas específicas de la medicación (adecuada hidratación, dieta normosódica, evitar altas temperaturas, signos de toxicidad), que se explicó en consulta con la colaboración de enfermería.

Se elaboró un documento de registro en el que se recogieron los diferentes parámetros clínicos monitorizados previos a la instauración y durante el seguimiento del tratamiento, que se cumplieron periódicamente según las fechas previstas, adjuntándose a la evolución clínica de cada paciente. En primer lugar, se descartó la presencia de alteraciones en los siguientes valores sugeribles de incompatibilidad con la prescripción de litio: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, BUN, creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica, prueba de embarazo (mujeres en edad gestacional) y ECG (adultos mayores de 40 años). Durante el mantenimiento del tratamiento, se solicitaron determinaciones de litio en plasma tras cada incremento de dosis oral, y antes del siguiente, hasta alcanzar una litemia en rango terapéutico (0,6-1,2mEq/L) que se monitorizó semestralmente, junto con la función renal y tiroidea. Se repitió la analítica completa inicial con frecuencia anual.

Se emplearon los recursos humanos de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz (Psiquiatras y Enfermería) con su coordinación mediante reuniones mensuales de Equipo, y la colaboración de los Servicios de Análisis Clínicos del Hospital Comarcal de Alcañiz y del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se detallan los indicadores analizados, que se obtuvieron tras la revisión manual de las historias clínicas de los pacientes atendidos en consultas de psiquiatría de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz, utilizando como referencia el registro de enfermería de las litemias solicitadas: número de pacientes que reciben tratamiento con litio, número de pacientes adheridos al control rutinario de los parámetros clínicos descritos, número de pacientes que han firmado el consentimiento informado de instauración de tratamiento con litio.

En el periodo temporal en el que se aplicó este proyecto (octubre de 2016 a noviembre de 2017), un total de 24 pacientes se beneficiaron del inicio de tratamiento con litio y del control periódico de los parámetros monitorizados. Todos ellos firmaron el consentimiento informado y se vincularon al programa. Posteriormente, 7 de estos pacientes abandonaron el seguimiento tras finalizar el tratamiento por diferentes motivos: 2 casos no toleraron el fármaco mostrando secundarismos que precipitaron su retirada, 3 casos presentaron ausencia de eficacia clínica a pesar de alcanzar litemias terapéuticas, y 2 pacientes discontinuaron unilateralmente la medicación con negativa a realizar los controles analíticos.

La media de edad de la muestra fue de 32 años, con un 60% de hombres y 40% de mujeres, registrando un caso infantojuvenil (17 años). La indicación más frecuente se asoció a Trastorno Bipolar (75%), seguido de Trastorno Esquizoafectivo (20%) y Depresión Recurrente (5%). Estos datos parecen estar en consonancia con la prevalencia objetivada de dichos trastornos en la población general.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el Equipo de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz valoramos positivamente el impacto del proyecto, que nos ha permitido implantar un protocolo estructurado para el control y seguimiento del tratamiento con Litio, mejorando la adherencia terapéutica de los pacientes, y trabajando aspectos psicoeducativos tanto a nivel individual como familiar desde la perspectiva de la intervención precoz en el debut de la enfermedad.

No obstante, la escasa conciencia de enfermedad característica de las patologías de espectro bipolar y psicótico, dificulta la implementación de tratamientos psicofarmacológicos orales, especialmente si conlleva la realización de procedimientos invasivos.

Como propuestas de mejora, contemplamos la extensión de los objetivos a todos aquellos pacientes que ya se encontraban previamente en tratamiento con litio, que podrían beneficiarse igualmente del seguimiento monitorizado; así como la futura aplicación de un protocolo similar en el tratamiento con Ácido Valproico. Por tanto, consideramos que sería recomendable la replicación del proyecto en núcleos poblacionales con mayor volumen asistencial, en aras de incrementar la validez de los resultados, ya que la sostenibilidad del mismo se garantiza por el escaso consumo de recursos generado.

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos con el protocolo. Damos por finalizado el proyecto de gestión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

*** ===== Resumen del proyecto 2016/213 ===== ***

Nº de registro: 0213

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR DE ALCAÑIZ

Autores:
SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, BESTUE FELIPE CATALINA, DURAN SANDOVAL LICCET

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCAÑIZ

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

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

PROBLEMA

Desarrollar un programa para la mejor del seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes de salud mental en tratamiento con litio en el Sector de Alcañiz.
Basándonos en la literatura, se recomienda antes de la instauración del tratamiento con litio, solicitar las siguientes pruebas: hemograma y bioquímica completos, VSG, electrolitos séricos, nitrógeno uréico en sangre (BUN), creatinemia, TSH basal, orina con osmolaridad y densidad específica. EN mujeres en edad gestacional, prueba de embarazo, y en mayores de 40 años, ECG. Durante el tratamiento es preciso medir la litemia tras cada incremento de dosis y antes del siguiente. Es conveniente controlar las funciones renal y tiroidea cada seis meses o cuando esté indicado clínicamente. Además se ha de repetir la analítica inicial una vez al año. Los niveles plasmáticos de litio deben revisarse cada seis meses o menos si los síntomas o signos así lo aconsejan.
Por sus características farmacocinéticas, antes de iniciar el tratamiento se debe informar al paciente sobre el tratamiento así como de la importancia de mantener un equilibrio hidroelectrolítico adecuado, pues una dieta hiposódica o la deshidratación que puede darse en ambientes calurosos podría generar litemias tóxicas. Para ello se ha elaborado un documento de información básica para el paciente que inicia tratamiento con litio así como un consentimiento informado para dicho inicio de tratamiento.
Lo que se pretende conseguir en este proyecto es mejorar la información al paciente sobre el tratamiento con litio, así como facilitar al profesional que trata al paciente el registro y monitorización de la litemia y distintos parámetros a controlar durante la terapia con litio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el control farmacológico de pacientes tratados con litio para aumentar la seguridad con dicho tratamiento así como mejorar la información al paciente para poder conseguir mayor adherencia al tratamiento.

MÉTODO

Cumplimentar documento de consentimiento informado para el paciente que inicia tratamiento con litio así como cumplimentar documento de registro diseñado para que el psiquiatra adjunte a la historia clínica del paciente para facilitar el control de los diferentes parámetros a tener en cuenta durante el tratamiento.
Responsables: Psiquiatras de la Unidad de Salud Mental de Alcañiz.
Reunión de equivo mensual para poder unificar criterios, solventar dudas, etc...

INDICADORES

-Número de pacientes que reciben tratamiento con litio y a los que se les está realizando el control de parámetros mediante el gráfico diseñado
- Número de pacientes que han firmado consentimiento informado de inicio de tratamiento con litio

DURACIÓN

Fecha de inicio en Octubre de 2016
Fecha de finalización: continuada
Monitorización global de indicadores: semestral
Evaluación global de indicadores: Noviembre 2017
Comunicación de resultados: Noviembre 2017

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0213

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DEL SEGUIMIENTO FARMACOTERAPEUTICO DE LOS PACIENTES DE SALUD MENTAL EN TRATAMIENTO CON LITIO EN EL SECTOR ALCAÑIZ

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 - 2016/0214

1. TÍTULO

PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MANUEL GONZALEZ PANZANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro USM ALCANIZ
· Localidad ALCANIZ
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector ALCANIZ

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DURAN SANDOVAL LICCET TATIANA
BECERRA DARRIBA HELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

5. En cada historial clínico de los pacientes que acuden a esta unidad de salud mental, se ha registrado los efectos adversos que se han observado con los diversos psicofármacos preescritos, con el fin de lograr un mejor conocimiento de los mas frecuentes y una mejora a la hora obtener información en cada paciente. Para esto la historia clínica cuenta con un folio azul, donde se anotan, el fármaco, la dosis y el efecto adverso descrito

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos logrado registrar cuales son los efectos adversos mas frecuentes en cada grupo farmacológico, lo cual nos permite realizar a posteriori una mejor prescripción según cada paciente. Esto también es importante, cuando hay muchos cambios de facultativos en un servicio, ya que podemos tener acceso con facilidad a los efectos adversos de los medicamentos en un mismo formato.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al tener fácil acceso a los efectos adversos de los medicamentos a los pacientes, no permite agilizar la atención. Recomendamos que en otras unidades de salud mental, puedan tener la disponibilidad rápida a esta información, de la manera que la hemos implementado en este servicio.

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos con el registro en el formato dentro de la historia clínica, damos por terminado esta línea de proyecto de gestión.. Sería interesante que en otras unidades se replicara este proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/214 ===== ***

Nº de registro: 0214

Título
PROGRAMA DE CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSO Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

Autores:
BESTUE FELIPE CATALINA, DURAN SANDOVAL LICCET, SAENZ BALLOBAR ANA MARIA, GARCIA COLINAS MIREN ARANTZAZU, PANZANO GRACIA EMMA, GARCES TRASOBARES ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM ALCANIZ

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

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

PROBLEMA
EN EL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE ALCANIZ SE SIGUE FUNCIONANDO CON HISTORIA CLINICA DE PAPEL, Y EL INDICE DE ROTACION DE PROFESIONALES ES MUY ELEVADO. ESTO SUPONE QUE CADA PROFESIONAL QUE COMIENZA A EJERCER EN EL SECTOR DEBE LEER Y EN ALGUNOS CASOS DESCIFRAR LAS ANOTACIONES DE LOS DIFERENTES PROFESIONALES PREVIOS COMO UNICA FORMA DE CONOCER LOS TRATAMIENTO PREVIOS ASI COMO LOS MOTIVOS POR LOS QUE FUERON RETIRADOS. QUEDAN REGISTRADAS LAS ALERGIAS, PERO NO LAS INTOLERANCIAS, LAS MALAS PAUTACIONES, LA FALTA DE RESULTADOS, ETC. INFORMACION VITAL A LA HORA DE ACOMETAR LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0214

1. TÍTULO

PROGRAMA DEL CONTROL Y ALERTA DE RETIRADA DE PSICOFARMACOS POR REACCION ADVERSA Y/O MALA TOLERANCIA EN HISTORIA CLINICA

RESULTADOS ESPERADOS

- DISMINUIR RIESGO DE FALTAR AL PRIMER JURAMENTO HIPOCRATICO ("PRIMERO, NO DAÑAR") PUES, INSISTIMOS, EN ALGUNOS CASO DESCIFRAR LO ESCRITO EN LA HISTORIA CLINICA ES UNA TAREA ARDUA Y CASI IMPOSIBLE
- FACILITAR LA PRESCRIPCIÓN AL FACULTATIVO (ASI COMO A LOS SUCESIVOS)
- ELABORAR UN HISTORICO DE PRESCRIPCIONES POR PACIENTE PONIENDO EL PUNTO DE MIRA EN LOS FRACASOS: POR INTOLERANCIAS, POR FALTA DE RESPUESTA, ETC

MÉTODO

ELABORACION DE HOJA DE "EFECTOS ADVERSOS" INDEPENDIENTE DE LAS HOJAS DE EVOLUCION CLINICA, DE FACIL ACCESO Y MANEJO. CON DATOS COMO FECHA DE INICIO DE PRESCRIPCION, FECHA DE RETIRADA Y MOTIVO DE SUSPENSION DE TRATAMIENTO

INDICADORES

- N° DE HOJAS INICIADAS (= N° DE INCIDENCIAS FARMACOLOGICAS)
- COEFICIENTE N° DE HOJAS INICIADAS/N° DE PACIENTES VISTOS
- CUANTIFICACION (A POSTERIORI Y COMO HIPOTESIS) DEL DESCENSO DEL N° DE INCIDENCIAS

DURACIÓN

PLANTEAMOS UN PILOTAJE DE 1 AÑO CON REVISION SEMESTRAL, DE CARA A VER EFICIENCIA Y ACCESIBILIDAD. SI ADECUADO CUMPLIMIENTO Y UTILIDAD, UNA DURACION 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: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **