

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AMB	CME FRAGA	CARDEÑOSA LOPEZ EVA	2019_1369	F	30/01/2020	ELABORACION DE PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION
BA	AMB	CME FRAGA	PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES	2019_1372	F	30/01/2020	CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACÉN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO
BA	AMB	CME FRAGA	LOPEZ MUR LEYRE	2019_1375	F	29/01/2020	ELABORACIÓN DE UN CATÁLOGO FOTOGRÁFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA LAS INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN
BA	AMB	H BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	S1	11/02/2018	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMI A LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	AMB	USM BARBASTRO	GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA	2016_1086	F	31/01/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN LA ADMINISTRACION DE ANTIPSICOTICOS DE LARGA DURACION EN LAS UNIDADES DE SALUD MENTAL DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AMB	USM BARBASTRO	ABAD RUIZ ALODIA	2019_0955	F	30/01/2020	GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	S1	11/02/2018	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)
BA	AMB	USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2016_0886	S2	15/03/2019	MEJORA EN LA CALIDAD ASISTENCIAL EN LA DERIVACION DE PACIENTES DE LA USMIJ A LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE ADULTOS DE BARBASTRO
BA	AP	CME MONZON ATENCION ESPECIALIZADA	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	S1	12/02/2018	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANA MARIA ANGELES	2018_0372	S1	21/01/2020	EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRÁMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES	2018_0372	S3	06/02/2019	EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	S1	01/02/2019	INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS ABIEGO	TODA CALVO MARIA ROSARIO	2018_0801	F	14/01/2020	INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO
BA	AP	CS AINSA	HERNANDEZ DE PEDRO MARIA	2016_1561	S1	23/01/2018	SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO
BA	AP	CS AINSA	CLAVER GARCIA PAULA	2016_1593	F	23/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA BASADA EN LA MEJORA DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ACTUACION ANTE ENFERMEDADES CRONICAS EN LA INFANCIA-ADOLESCENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	S1	20/02/2018	CONSULTA DE ENFERMERIA: VALORACION PIE DIABETICO.(CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2016_1605	F	11/02/2019	VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)
BA	AP	CS AINSA	THACCO VELARDE MAGALY	2016_1629	F	12/02/2018	EDUCACION PARA LA SALUD. MANEJO DE PATOLOGIA FRECUENTE PARA CUIDADORES DE NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1398	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	S2	14/01/2019	LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1409	F	05/02/2019	LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS
BA	AP	CS AINSA	BAGUES CASAS SONIA	2018_1419	S1	07/02/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA
BA	AP	CS AINSA	LOPEZ CALZON PATRICIA	2018_1419	F	04/01/2019	EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCION DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	S2	11/02/2019	MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA
BA	AP	CS AINSA	BORBON CAMPOS INES	2018_1440	F	09/01/2020	MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS AINSA	ARCAS LALIENA ALBA	2019_0338	S1	07/01/2020	REANIMANDO SOBRARBE
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA ADMISION Y DOCUMENTACION	SORINAS FORNIES SILVIA	2016_1376	S1	24/01/2018	ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	S1	07/02/2018	REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE LA TONIFICACION DEL SUELO PELVICO CAUSA DE EMBARAZO, CIRUGIA O EDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2016_1489	F	20/02/2019	REEDUCACION DE SUELO PELVICO EN MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA O FECAL, DISFUNCIONES SEXUALES O PROBLEMAS DERIVADOS DE TONIFICACION DE SUELO PELVICO POR DE EMBARAZOS, CIRUGIAS O EDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	01/02/2019	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2018_0285	F	27/01/2020	INCENTIVAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES: APP-PIN-SMS
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PALACIN EL TORO BEATRIZ	2018_0321	F	25/02/2019	BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	S1	20/02/2019	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	GRAU BARRULL ANA ISABEL	2018_0555	F	07/02/2019	PASEOS SALUDABLES
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	PARDO VAQUERO CARLOS	2019_0182	F	03/01/2020	PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	MARCEN BENEDICO TATIANA	2019_0185	F	03/01/2020	CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO
BA	AP	CS ALBALATE DE CINCA	SORINAS FORNIES SILVIA	2019_0265	F	27/01/2020	ORGANIZACIÓN HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA
BA	AP	CS BARBASTRO	GRAU PUEYO TRINIDAD	2016_0556	F	31/01/2018	UNIFICAR LA DISTRIBUCION/ORGANIZACION DEL CARRO DE PAROS EN LOS CENTROS DE SALUD DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	GRACIA MONTOLIU ALICIA	2016_0574	S1	15/02/2018	IMPLANTACION DEL PROYECTO PARA LA GESTION DE LA CONSULTA NO PRESENCIAL TELEFONICA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	BLASCO OLIETE MELITON	2016_0581	S1	15/02/2018	MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	S1	12/02/2018	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	CASTARLENAS SANMARTIN DOLORES	2016_0711	F	27/02/2019	MEJORA DE LA CALIDAD EN EL CRIBADO Y PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN EL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2016_0970	S1	14/02/2018	IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S1	12/01/2018	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	ARNAL TORRES ANA	2016_1550	S2	11/01/2020	ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S1	12/01/2018	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	S2	26/02/2019	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	BUERA BROTO MARIA DOLORES	2016_1553	F	26/02/2020	EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC
BA	AP	CS BARBASTRO	PORQUET GRACIA HELGA	2018_0326	F	30/01/2020	EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA
BA	AP	CS BARBASTRO	LUEZA LAMPURLANES CRISTINA	2018_0954	S1	14/03/2019	MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BARBASTRO	TORRES CLEMENTE ELISA	2018_0974	S1	12/03/2019	INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS BARBASTRO PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	SAGARRA NOVELLON DIANA	2018_0652	S1	08/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2016_1559	F	15/02/2018	EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS BENABARRE	CASTRO CUBERO ROSA	2016_1579	F	16/02/2018	GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS
BA	AP	CS BENABARRE	VENTURA SAURA MARIA PILAR	2016_1584	S1	16/02/2018	ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO
BA	AP	CS BENABARRE	LATORRE AGUILAR IGNACIO	2019_0940	F	29/01/2020	SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"
BA	AP	CS BENABARRE	CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER	2019_0954	F	31/01/2020	EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD
BA	AP	CS BENABARRE	ALORDA COMAS JOANA	2019_0997	S1	30/01/2020	ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP: CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO
BA	AP	CS BENABARRE	LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE	2019_1296	S1	31/01/2020	ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S1	08/02/2018	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S2	14/02/2019	MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	LAPLAZA ARA SONIA	2016_1464	S3	23/01/2020	MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC
BA	AP	CS BERBEGAL	MONTERO MORATA CARLOS	2016_1526	S1	09/02/2018	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2016_1526	S3	30/01/2020	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	JUAREZ GRACIA CRISTINA	2016_1526	F	21/02/2019	MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	S1	16/02/2018	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2016_1544	F	28/02/2019	INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	AP	CS BERBEGAL	ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO	2019_0146	S1	31/01/2020	INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0727	S1	15/02/2018	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2016_0727	F	15/01/2019	MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2016_1476	F	08/08/2019	IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2018_0967	S1	15/03/2019	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2018_0967	F	29/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS BINEFAR	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	S1	15/01/2019	MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	S1	27/02/2019	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS BINEFAR	GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA	2018_1335	F	29/01/2020	DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES
BA	AP	CS BINEFAR	LOU FRANCES GRACIA MARIA	2019_0516	F	25/01/2020	LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA
BA	AP	CS BINEFAR	ROMERO NEVADO FERMIN	2019_1395	S1	29/01/2020	¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL	2016_1043	F	01/07/2017	MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S1	19/01/2018	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S1	02/02/2018	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS ADMISION Y DOCUMENTACION	ESPIER LLORENS ROSA MARIA	2016_1474	S2	24/02/2019	MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	S1	16/02/2018	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	PEREZ MELIZ MARIA PILAR	2016_0479	F	07/03/2019	TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S1	22/01/2018	CARRO DE PARADAS

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S2	26/02/2019	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO	2016_0486	S2	17/01/2020	CARRO DE PARADAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S1	14/02/2018	EXPLORACION DEL PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2016_0698	S2	28/02/2019	EXPLORACION DE PIE DIABETICO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	S1	16/02/2018	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2016_1402	F	07/03/2019	CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	S1	29/01/2018	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2016_1408	F	15/02/2019	RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	S2	07/02/2019	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GUILLEN PEREZ MONTSERRAT	2016_1461	F	29/01/2020	FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S1	15/02/2019	MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2018_0177	S2	14/01/2020	MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	YSEBIE RONSE ISABEL	2018_1446	S1	07/02/2019	FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	ALONSO BERGES RAQUEL	2018_1493	S1	19/02/2019	IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA	2019_0051	F	31/01/2020	TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	FRANCO ANGUSTO REYES	2019_0121	F	31/01/2020	TALLER HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL CRA ALTA RIBAGORZA. COLEGIO LASPAULES: SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL
BA	AP	CS CASTEJON DE SOS	GARCIA BELLO MARIA JESUS	2019_0291	S1	16/01/2020	ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	S1	13/02/2019	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA ADMISION Y DOCUMENTACION	CERVERA VIDAL DAVID	2018_1321	F	05/01/2020	REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	S1	17/01/2018	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	ARESTE ALBA NURIA	2016_0165	S2	20/02/2019	INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	S1	09/02/2018	INTERVENCION EN LA COMUNIDAD
BA	AP	CS FRAGA	LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA	2016_0758	S3	10/03/2019	PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LAZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA
BA	AP	CS FRAGA	CLEMENTE JIMENEZ SILVIA	2016_0770	S1	21/02/2018	PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	S1	04/02/2019	INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	NOGUERO CARRERA ADORACION	2018_0127	F	29/01/2020	INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS FRAGA	BITRIAN AISA PILAR	2018_0191	S1	20/02/2019	USA LOS PIES CON CABEZA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S1	19/02/2019	PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA
BA	AP	CS FRAGA	NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ	2018_0316	S2	23/01/2020	PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA
BA	AP	CS FRAGA	RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ	2018_0644	S1	13/02/2019	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DE LEAP DEL CS FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ	2018_0644	F	27/01/2020	ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA
BA	AP	CS FRAGA	SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES	2019_0136	S1	12/01/2020	EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES
BA	AP	CS FRAGA	SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA	2019_1291	S1	30/01/2020	MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA
BA	AP	CS FRAGA OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP	MILLANES GALLINAT PATRICIA	2019_0165	F	28/01/2020	COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	16/02/2018	IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	S1	15/01/2019	ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS GRAUS	FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA	2016_0082	F	18/01/2019	PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2016_1418	S1	14/02/2018	GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2016_1569	S1	11/02/2018	GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	S1	24/02/2019	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS GRAUS	BANDRES PARDO NATALIA	2018_1126	F	30/01/2020	GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO
BA	AP	CS GRAUS	PERALTA RUFAS ESTHER MARIA	2019_1397	F	30/01/2020	APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA ASCENSION	2016_0635	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	BERNUES SANZ GUILLERMO	2016_1586	S1	12/02/2018	ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION
BA	AP	CS LAFORTUNADA	RUIZ ALMENARA VALENTIN	2016_1587	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2018_0051	S1	13/03/2019	CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	AP	CS LAFORTUNADA	GRACIA MARCO MARIA	2019_0701	S1	30/01/2020	ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS LAFORTUNADA	ABRIL ESCO MARIA REYES	2019_1451	S1	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU
BA	AP	CS MEQUINENZA	BETRIAN HERRERA PATRICIA	2016_1384	F	19/02/2018	INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA
BA	AP	CS MEQUINENZA	FERRER SANZ MARIA JOSE	2018_1459	S1	18/02/2019	GESTION DE ANALITICAS
BA	AP	CS MEQUINENZA	BARRERO MUÑOZ VANESSA	2019_0073	S1	15/01/2020	ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS
BA	AP	CS MEQUINENZA	CALDERO SANTIAGO LIDIA	2019_0074	S1	15/01/2020	MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	S1	19/01/2018	EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	AP	CS MONZON RURAL	LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES	2016_1413	S2	18/02/2019	EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	S1	16/02/2018	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORONAS FUMANAL CONCEPCION	2016_1414	S2	05/03/2019	ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA
BA	AP	CS MONZON RURAL	ALASTRUE PINILLA CARMEN	2016_1455	S1	23/01/2018	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SAMNITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	ALASTRUE PINILLA CARMEN	2016_1455	F	12/02/2019	LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S1	14/02/2018	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S2	28/02/2019	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEMONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	CORTINA LACAMBRA RAQUEL	2016_1524	S3	31/01/2020	REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO
BA	AP	CS MONZON RURAL	SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN	2016_1536	S1	08/02/2018	CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2018_0454	F	06/03/2019	PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO
BA	AP	CS MONZON RURAL	PEREZ ALBIAC JOSE LUIS	2019_0109	S2	24/01/2020	IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	GUEVARA LOPEZ TERESA	2016_0784	S1	16/02/2018	MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE	2016_1499	S1	16/02/2018	ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO
BA	AP	CS MONZON URBANO ATENCION CONTINUADA EN AP	LOPE DALMAU ISABEL ANGELA	2016_1556	S2	06/03/2019	PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON
BA	AP	CS MONZON URBANO	BORDAS BUIL YOLANDA	2018_0932	S2	26/02/2019	TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO
BA	AP	CS MONZON URBANO	LAMARCA GAY ROCIO	2019_1443	S1	23/01/2020	GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA	2016_1066	F	07/02/2018	MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	PASCUAL FRANCO MONICA	2016_1481	S1	07/02/2018	GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	S1	07/02/2018	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2016_1482	F	22/01/2019	CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S1	22/01/2019	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CAMARA ABON ELENA	2018_0552	S2	31/01/2020	DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	S1	22/01/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CUY GODINA MARIA ANGELES	2018_0556	F	30/01/2020	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	S1	22/01/2019	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	RAMOS ESPAÑOL JUDIT	2018_0666	F	21/01/2020	PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	CASTILLO LOPEZ ANA DELIA	2019_0183	F	21/01/2020	CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA	BETRIAN HERRERA PATRICIA	2019_0706	F	04/01/2020	INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO
BA	AP	CS TAMARITE DE LITERA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA	JANER SUBIAS ELENA	2018_1271	F	30/01/2020	MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA
BA	AP	DAP BARBASTRO	VALLES GALLEGU VICTOR	2016_1476	S1	16/02/2018	IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2016_1479	F	16/02/2018	PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
							PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	S1	18/01/2019	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	AP	DAP BARBASTRO	DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO	2018_0106	F	30/01/2020	GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA
BA	AP	DAP BARBASTRO	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2019_0006	S1	14/01/2020	ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIABIÓTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL
BA	AP	DAP BARBASTRO	MONCLUS MURO ANA TERESA	2019_0016	S1	27/01/2020	GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA CONSULTAS EXTERNAS	PEREZ SARASA SUSANA	2018_0493	S2	15/02/2019	COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA MEDICINA INTERNA	CUCALON MARIN ROCIO	2016_0513	S1	09/02/2018	PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA
BA	HOSP	CENTRO SANITARIO BAJO CINCA URGENCIAS	PUEYO LALIENA SILVIA	2016_0342	S1	06/02/2018	IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA
BA	HOSP	H BARBASTRO ADMISION Y DOCUMENTACION	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	S1	29/01/2018	PROYECTO POLYCAR
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	CORED NASARRE ROSA	2009_0064	F	22/02/2018	EFICACIA EN LA ATENCION AL PACIENTE QUE REQUIERA DE ACCESO VASCULAR PERIFERICO, DESDE LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	FONTAN ABAD ADRIAN	2016_0919	S1	29/01/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	LALANA GARCES MARTA	2016_0972	F	14/02/2018	REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	TAPIA LANUZA AMADO	2018_1032	F	15/02/2019	MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANALISIS CLINICOS	SOPENA MURILLO ANA CRISTINA	2018_1241	F	15/02/2019	MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	TORREGROSA MARTIN MARIA DEL MAR	2014_0084	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	GABARRE ORUS PILAR	2015_0309	F	23/02/2018	IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	MARTA CASANOVA CARLO BRUNO	2019_0722	F	31/01/2020	ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA	2019_0726	F	31/01/2020	MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	VALLE LARREGOLA MONTSERRAT	2019_1184	F	31/01/2020	GESTION DEL MATERIAL BIOLOGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICIO A LOS CENTRO DE REFERENCIA PARA ESTUDIO MOLECULARES
BA	HOSP	H BARBASTRO ANATOMIA PATOLOGICA	ALCINA BERTOMEU ROBERTO	2019_1197	F	31/01/2020	REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2016_0162	F	23/01/2018	MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	IRICIBAR MIR LAURA	2016_0242	F	07/02/2018	ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ARANA LENIS MARIA CONSTANZA	2018_0237	S1	09/03/2019	UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	CARRASQUER PUYAL AURORA	2018_0238	S1	09/03/2019	INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	PUEYO VICENTE YOLANDA	2018_0892	F	11/03/2019	MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	16/01/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2018_1088	F	12/03/2019	MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	16/01/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2018_1403	F	12/03/2019	EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE	2019_0369	F	22/12/2019	SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	LATRE SASO CRISTINA	2019_0376	F	25/01/2020	USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ESCOLANO HURTADO CARMEN	2019_0724	F	30/01/2020	MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA
BA	HOSP	H BARBASTRO ANESTESIA Y REANIMACION	ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA	2019_0734	F	30/01/2020	MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA
BA	HOSP	H BARBASTRO BIOQUIMICA	GONZALEZ PAVON LAURA	2015_0221	F	26/02/2018	LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS
BA	HOSP	H BARBASTRO BIOQUIMICA	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2015_0337	F	27/02/2018	PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO	2016_0662	F	16/02/2018	FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	REINOSO RODOLFO EDUARDO	2018_0655	S0	14/03/2019	MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE
BA	HOSP	H BARBASTRO CARDIOLOGIA	GRADOS SASO DANIEL	2018_0898	S1	14/03/2019	CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2016_1001	F	05/02/2018	CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	CARRASQUER PUYAL AURORA	2016_1771	S1	13/02/2018	TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2018_0218	S1	15/03/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	FRANCES RAMI ESMERALDA	2018_0320	S1	27/02/2019	UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO	ECHAZARRETA GALLEG0 ESTIBALIZ	2019_0365	S1	17/01/2020	IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ROCHE ALBERO ADRIAN	2016_0482	F	21/02/2018	MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALONSO AYERBE LAURA	2018_0232	S2	12/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS
BA	HOSP	H BARBASTRO CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA	ALONSO AYERBE LAURA	2019_1038	F	14/01/2020	MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PROTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	21/01/2019	UGC DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

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

Sector BARBASTRO							
Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		CONSULTAS EXTERNAS					
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	NASARRE GER ANA	2018_0053	S1	04/03/2019	UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO CONSULTAS EXTERNAS	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2018_0218	S1	15/03/2019	CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	S0	27/02/2019	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	S1	15/02/2018	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	GRACIA CAZAÑA TAMARA	2016_0300	F	29/02/2020	PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	27/02/2019	TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DERMATOLOGIA	SANCHEZ SALAS PILAR	2018_0287	S1	28/02/2020	TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIETETICA Y NUTRICION	PALACIN ARIÑO CLARA	2019_0356	S1	25/02/2020	OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	HARB SAID YAMAL	2018_0778	S1	08/08/2019	GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	AURED DE LA SERNA ISABEL	2018_1514	F	27/02/2019	INFORMATIZACION DE LOS RESULTADS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	CHARRO CALVILLO MARA	2019_0848	F	27/01/2020	ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL	2019_1278	F	21/01/2020	EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO DIGESTIVO	COSCOJUELA QUIROGA ANA	2019_1344	F	27/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	CASTELLAR OTIN ELENA	2016_1764	F	09/03/2018	UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL
BA	HOSP	H BARBASTRO DIRECCION	PUYAL MELE ANA MARIA	2019_0397	F	14/01/2020	PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2018_0945	F	15/02/2019	ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLÓGICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION	MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA	2019_0323	F	21/01/2020	EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO
BA	HOSP	H BARBASTRO ENFERMERIA	UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE	2016_1000	S1	22/02/2018	IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO ESTERILIZACION	MORA ALINS FIDELA SOFIA	2018_1329	F	15/03/2019	ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GOMEZ RIVAS PAULA	2016_0853	F	15/02/2018	ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2016_0923	F	15/02/2018	ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	S1	13/02/2018	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2016_0934	F	07/03/2019	IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	SAHUN GARCIA ELISA MARIA	2018_1078	F	26/02/2019	PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO	2018_1081	F	26/02/2019	APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
BA	HOSP	H BARBASTRO	GOMEZ RIVAS PAULA	2019_0742	F	31/01/2020	INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		FARMACIA HOSPITALARIA					DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA
BA	HOSP	H BARBASTRO FARMACIA HOSPITALARIA	BUSTOS MORELL CRISTINA	2019_1150	F	30/01/2020	IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	BIBIAN GETINO CLARA MARIA	2016_1773	S1	07/02/2018	DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2016_1774	S1	07/02/2018	VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_0808	F	14/03/2019	VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO GERIATRIA	FERRANDO LACARTE IGNACIO	2018_1316	F	14/03/2019	DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MOLES ALASTRUJE JOSEFA	2011_0539	F	22/02/2018	IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR	2013_0032	F	23/02/2018	INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2016_1766	F	23/01/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2016_1767	F	31/01/2018	CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO	2018_0222	F	25/02/2019	PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN MARIA FLOR	2018_0263	F	13/02/2019	CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	S1	13/02/2019	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	ROMERO QUEZADA LORIS LENDY	2018_0349	F	29/01/2020	RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	YUS CEBRIAN FLOR	2019_0079	F	20/01/2020	CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA	PAUL VIDALLER PEDRO JOSE	2019_0333	F	14/01/2020	OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA
BA	HOSP	H BARBASTRO INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2016_1763	F	24/01/2019	PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES — POLYCARE"
BA	HOSP	H BARBASTRO INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS	COLL CLAVERO JUAN IGNACIO	2019_0029	F	31/01/2020	SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GONZALEZ IGLESIAS CARLOS	2016_0874	S1	13/02/2018	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS	2016_0874	S2	26/02/2019	MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	2016_1772	S1	15/02/2018	MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	MARTINEZ TRIVEZ PILAR	2016_1772	F	26/02/2019	MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2018_0119	S1	18/02/2019	VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2018_0119	S2	20/12/2019	VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	S1	23/02/2019	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO	GRASA LANAU JOSE ANTONIO	2018_0212	F	21/01/2020	CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		MEDICINA INTENSIVA					MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCION DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	S1	22/02/2019	CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2018_0351	F	14/01/2020	CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	ZAMORA ELSON MONICA	2019_0170	F	09/01/2020	DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL	2019_0422	S1	14/01/2020	ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATACIÓN DE ÓRDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTENSIVA	CAMPO SIN ALICIA	2019_0712	S1	28/01/2020	ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA	2016_0176	S1	28/03/2018	PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIAS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BOLEA LADERAS LAURA	2018_0300	S1	25/02/2019	PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BAGÜESTE MORAN PATRICIA	2019_0105	S1	30/12/2019	MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	FRANCO LANA ALEGRIA	2019_0332	F	27/01/2020	PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	BOLEA LADERAS LAURA	2019_0497	F	29/01/2020	PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	MEDRANO MARTINEZ PILAR	2019_0605	S1	31/01/2020	PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	ALPIN DE MUR MARIA ANGELES	2019_0773	S1	31/01/2020	EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA INTERNA	PEYRET FERRER INMACULADA	2019_0811	S1	29/01/2020	MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS
BA	HOSP	H BARBASTRO MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA	2018_0154	F	14/03/2019	IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BARRIGA CONDE ANA	2015_0340	F	23/02/2018	INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL	2016_0248	F	21/02/2018	OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	ROBRES GUILLEN PILAR	2019_0013	S1	26/02/2020	MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA	CATENA LACOMA MARIA JOSE	2019_0490	S1	31/01/2020	PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	S1	15/02/2018	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	VEGA VIDALLE CONCEPCION	2016_1780	F	28/02/2019	REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	S0	25/02/2019	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	GARCIA HERVAS AMELIA	2016_1783	S1	16/02/2018	ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2018_1171	F	26/02/2019	ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO	MORA ROLDAN LAURA	2018_1474	S1	28/02/2019	EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		NEFROLOGIA					HEMODIALISIS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO	2019_0229	F	19/01/2020	VALORACIÓN DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACIÓN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEFROLOGIA	RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA	2019_0247	F	05/01/2020	CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	LEON SUBIAS ERICA	2018_0823	S1	03/03/2019	ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLOGICA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	VIÑADO MAÑES CLARA MARIA	2018_0886	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUENO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	S0	12/02/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0889	F	06/03/2019	CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA	2018_0897	S1	14/02/2019	ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUMOLOGIA	CASTILLO LASIERRA AMPARO	2018_0897	F	06/03/2019	ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2015_0468	S1	14/02/2018	INTERCONSULTA TELEMATICA PRIMARIA-NEUROLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA FERNANDEZ LORENA	2016_0528	S1	01/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2016_0528	S2	13/02/2018	PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MILLAN GARCIA JOSE RAMON	2016_0901	S1	15/02/2018	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER	2018_0048	S1	11/01/2019	EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0377	S1	11/01/2019	MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2018_0378	S1	11/01/2019	CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	S1	11/01/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2018_0430	F	13/03/2019	REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO	2019_0656	F	22/01/2020	HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE
BA	HOSP	H BARBASTRO NEUROLOGIA	GARCIA ARGUEDAS CAROLINA	2019_0683	F	24/01/2020	CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT9)
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ	2015_0117	F	21/08/2016	PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2016_0669	F	09/02/2018	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	FRANCO SERRANO CARLOS	2016_0671	F	27/01/2018	ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	MIGDAN CARMEN MIHAELA	2016_0780	S1	09/02/2018	EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	TUDOR MADUTA	2016_0922	F	13/02/2018	TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	DEFIOR SANTAMARIA SARA	2018_0107	F	03/02/2019	CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2018_0324	S3	03/02/2019	PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

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

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S0	15/01/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	BERDALA CLEMENTE RAQUEL	2018_0333	S1	04/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	ARAGON SANZ MARIA ANGELES	2018_0370	S1	14/02/2019	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA	2019_0200	S3	30/01/2020	PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)
BA	HOSP	H BARBASTRO OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA	CASTELLA SEGARRA MARTA	2019_0308	F	30/01/2020	IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2016_1782	S1	14/02/2018	PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	NASARRE GER ANA	2018_0053	F	20/01/2020	UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	S2	25/01/2019	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	CALDERERO ARAGON VERONICA	2018_0317	F	25/01/2020	PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	FLORIAN GERICO JESUS	2018_0331	S0	17/12/2018	TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2018_0383	F	25/02/2019	IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA
BA	HOSP	H BARBASTRO ONCOLOGIA MEDICA	HERNANDEZ GARCIA ALBA	2019_0340	F	30/01/2020	ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2015_0019	S1	06/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2015_0019	F	12/02/2018	PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	S1	26/01/2018	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2016_0086	S2	18/02/2019	PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE	2016_0334	F	15/02/2018	IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2016_0749	F	12/02/2018	PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN	2018_0365	F	26/02/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2018_0622	F	14/02/2019	PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ROQUE TAVERAS LUCRECIA	2019_0099	F	03/01/2020	ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA
BA	HOSP	H BARBASTRO OTORRINOLARINGOLOGIA	ORTE ALDEA CARMEN	2019_0304	F	27/01/2020	DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	S1	20/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2016_0709	F	20/02/2018	CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA

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

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

Número de memorias: 386 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		PEDIATRIA					SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA	2018_0093	F	17/02/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2018_0111	S1	21/02/2019	PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	LOPEZ ALONSO BEGOÑA	2018_0113	F	04/02/2019	PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2018_0268	F	14/02/2019	ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	PLANA FERNANDEZ MARIANO	2019_0145	F	29/01/2020	PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRIA
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	BARBERA PEREZ PAULA MARIA	2019_0172	F	03/01/2020	ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO
BA	HOSP	H BARBASTRO PEDIATRIA	RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO	2019_0507	F	30/12/2019	IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO PREVENCION DE RIESGOS LABORALES	MINGUILLON ARANDA LUIS	2018_1431	S1	13/03/2019	ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO PSIQUIATRIA	GARCIA LACOMA MERCEDES	2016_0871	S2	15/03/2019	ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA
BA	HOSP	H BARBASTRO QUIROFANOS	BALLABRIGA GONZALEZ MONICA	2018_0895	S1	15/03/2019	ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIOEN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	AZANZA PARDO JORGE	2016_0454	F	14/01/2018	ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ	2016_1777	S1	09/02/2018	EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO JOAQUINA	2016_1778	F	12/02/2018	DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2016_1779	S1	12/02/2018	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S1	21/01/2019	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	FERNANDEZ SANCHEZ RUTH	2018_0057	S2	30/01/2020	UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARIN GASPAR ELENA MARIA	2018_0719	F	17/02/2019	MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DEPROTESIS TOTAL DE RODILLA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2018_0759	S1	22/02/2019	ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MARTINEZ GONZALEZ ANA	2018_0876	F	14/02/2019	PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA	2019_0178	F	13/01/2020	INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	BLASCO PEREZ NURIA	2019_0894	S1	28/01/2020	PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO
BA	HOSP	H BARBASTRO REHABILITACION	MESEGUER GAMBON EVA MARIA	2019_1348	F	30/01/2020	PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA
BA	HOSP	H BARBASTRO REUMATOLOGIA	FABREGAS CANALES MARIA DOLORES	2016_0772	F	16/02/2018	IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL
BA	HOSP	H BARBASTRO REUMATOLOGIA	PINA SALVADOR JOSE MANUEL	2018_0647	S0	23/01/2020	EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018
BA	HOSP	H BARBASTRO	RIVAS CALVETE MARTA	2019_1439	S1	31/01/2020	PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS 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: 386 (Actualizado el miércoles 5 de agosto de 2020 a las 12:52:51 horas)

Sector BARBASTRO

Sector	Ámbito	Centro	Apellidos/Nombre	NReg	Tm	Fecha	Título
		SALUD MENTAL					CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ
BA	HOSP	H BARBASTRO SUPERVISION DE ENFERMERIA	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	S1	30/01/2018	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO SUPERVISION DE ENFERMERIA	MUR BARRABES DIANA	2016_0641	S2	11/03/2019	PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ
BA	HOSP	H BARBASTRO TRABAJO SOCIAL	ABAD RUIZ ALODIA	2016_1077	F	30/01/2018	MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS
BA	HOSP	H BARBASTRO UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO	PESQUER VILAS ISABEL	2018_0244	F	08/02/2019	ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA
BA	HOSP	H BARBASTRO UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO	MALO ASO ALEJANDRA	2019_0702	S1	30/01/2020	MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	S1	15/02/2018	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	TOA LARDIES ELENA	2016_0193	F	18/02/2019	GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	VALLES TORRES ELISA	2016_0966	S1	16/02/2018	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	BUISAN GIRAL MARIA JOSE	2016_1477	S1	16/02/2018	ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1477	F	18/01/2019	ABORDAJE DEL DOLOR
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2016_1478	F	16/02/2018	MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	EITO CUELLO JUAN JOSE	2018_0409	S0	26/02/2019	GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	MARTINEZ CASTILLON JAVIER	2018_1255	F	14/03/2019	TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	VALLES TORRES ELISA	2018_1374	F	15/03/2019	ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO URGENCIAS	MAR HERNANDEZ IRIS LIVIA	2019_0977	F	20/01/2020	EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE	2016_0954	F	22/02/2018	PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	MATA ORUS MARIA	2018_1050	S1	08/08/2019	VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (UIE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	CACHI FUENTES GUIDO	2018_1062	S1	08/08/2019	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	DOLEZAL PETR	2018_1232	F	08/08/2019	ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO
BA	HOSP	H BARBASTRO UROLOGIA	FIERRO UNSAIN MARTA	2019_1083	F	18/01/2020	USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN UROLOGÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1369

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EVA CARDEÑOSA LOPEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CME FRAGA
• Localidad FRAGA
• Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ MUR LEYRE
IRICIBAR MIR LAURA
PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Charla inicial proponiendo y explicando el desarrollo de un Proyecto de mejora que consiste en crear unos procedimientos de trabajo (clasificados según la intervención quirúrgica de la especialidad de cirugía a realizar), del material necesario para dicha intervención y para la preparación del mismo quirófano; que nos sirva tanto de apoyo, como de aprendizaje para el personal de nueva incorporación. (Abril de 2019)
- Elaborar listado priorizado de procedimientos según intervención quirúrgica (Mayo de 2019)
- Desarrollo del listado de material a utilizar en las distintas intervenciones. (De mayo a junio 2019).
o Se especifica en cada procedimiento el material que se va a necesitar de una forma estructurada. Los apartados de los que consta son los siguientes: Tipo de anestesia, posición quirúrgica y accesorios, aparataje, instrumental, material fungible estéril y campos quirúrgicos, suturas y medicación.
- Elaborar el procedimiento de montaje del carro de quirófano con la ayuda de los listados anteriormente citados, de forma consensuada con todo el personal de enfermería de quirófano. (junio de 2019)
- La documentación se encuentra disponible para todo el personal en formato papel y digital.
- Presentación e implantación de estos listados y procedimientos al personal actual y de nueva incorporación. (De junio a noviembre de 2019)
- Realización y entrega de encuestas de satisfacción tanto al personal de nueva incorporación, como al personal fijo del servicio (noviembre de 2019).
- Recogida y análisis de las encuestas. (diciembre de 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se evidencia un menor fallo en la preparación del material, evitando de esta manera que en el momento de la intervención se disponga de todo el material necesario.
El grado de satisfacción según las encuestas recibidas ha sido alto. Se han enviado 6 encuestas, las cuales han sido contestadas todas. En ellas queda reflejado, que se ha facilitado y acelerado el aprendizaje del personal de nueva incorporación gracias a estos procedimientos establecidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Podemos concluir que se dispone de una herramienta eficaz que nos sirve de ayuda para el montaje del material necesario, de una forma unificada entre todo el personal de quirófano, tanto del fijo como de nueva incorporación.

Se mejora la calidad asistencial y efectividad en nuestro trabajo diario. Ya que se han unificado criterios de trabajo.

En el momento actual todos los documentos de preparación del material se encuentran disponibles en la red interna del Servicio, pudiéndose consultar fácil y rápidamente; además de disponerlos en formato papel (ubicados en archivadores en la sala de URPA)

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1369 ===== ***

Nº de registro: 1369

Título
ELABORACION DE PROCEDIMIENTOS PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA, LOPEZ MUR LEYRE, IRICIBAR MIR LAURA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1369

1. TÍTULO

ELABORACION DE PROCEDIMIENTO PARA LA PREPARACION DEL MATERIAL QUIRURGICO NECESARIO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA, PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- En la actualidad en el servicio de quirófano recibimos de manera bastante continua personal de nueva incorporación que no han trabajado en el bloque quirúrgico, con lo que recae toda la carga sobre el personal que habitualmente trabaja en él.
- El tener unos procedimientos de trabajo (clasificados según la intervención quirúrgica de la especialidad de cirugía a realizar), del material necesario para dicha intervención y para la preparación del mismo quirófano; sirve tanto de apoyo, como de aprendizaje para el personal de nueva incorporación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disponer de una herramienta eficaz que sirva de ayuda para el montaje del material necesario tanto del carro de quirófano (de forma ordenada según la intervención a realizar), como el aparataje que se utiliza para cada intervención para los profesionales de nueva incorporación.
- Mejorar la calidad asistencial y seguridad para el paciente y efectividad en nuestro trabajo. Así disminuyendo posibles errores.
- Unificar criterios de trabajo para que este sea más eficaz.

MÉTODO

- Elaborar listado priorizado de procedimientos según intervención quirúrgica
- Elaborar los distintos procedimientos a realizar de manera consensuada con el equipo de quirófano.
- Presentación e implantación de los procedimientos al personal de nueva incorporación.

INDICADORES

- Grado de satisfacción tanto del personal de nueva incorporación por el material recibido, como del personal que trabaja habitualmente en el servicio.
- Fácil acceso a los procedimientos

DURACIÓN

- Realización del listado y elaboración de los procedimientos según intervenciones de la especialidad de cirugía: Mayo-2019
- Implantación de los procedimientos al personal de nueva incorporación: junio-2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1372

1. TÍTULO

CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACÉN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES PEDROSO CARRASQUER

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CME FRAGA
- Localidad FRAGA
- Servicio/Unidad .. BLOQUE QUIRURGICO
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BADIA ZAPATER TERESA
ABADIA AROS ADORACION
OSTARIZ DUESO CONCEPCION
BUISAN NAVAS MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Charla inicial proponiendo y explicando el desarrollo de un Proyecto de mejora para controlar y mantener el stock de farmacia (Abril 2019)
- Elaborar listado de toda la medicación y la cantidad en los diferentes departamentos del bloque quirúrgico (almacén, Urpa, carro quirófono, carro paros) (Mayo - junio 2019)
- Elaborar listado de las caducidades de la medicación disponible en todos departamentos quirúrgico (almacén, Urpa, carro quirófono, carro paros) (Mayo- junio 2019).
- Se consensua con todo el equipo de quirófono las pautas a seguir en cuanto a revisiones, pedidos y caducidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha conseguido unificar la cantidad de medicamentos que se han de tener en stock en cada uno de los departamentos; para así evitar un sobre exceso de stock o una deficiencia del mismo.
- Se verifica un elevado control de las fechas de caducidad de los medicamentos, ya que cada vez que nos suministran un nuevo pedido de farmacia, se registra correctamente en el listado correspondiente.
- Herramienta fácil y efectiva tanto para el personal de nueva incorporación, como para el del propio servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al revisar periódicamente y tener controlado un stock adecuado a las necesidades del quirófono, y del control de todas sus caducidades; se observa una disminución de devolución del stock caducado al servicio de farmacia. Observamos la fácil y rápida reposición del stock. El equipo ha valorado muy positivamente la nueva revisión y control del stock por considerarla más operativa por su accesibilidad y fácil manejo.

7. OBSERVACIONES.

El listado de control de stock se va modificando según las necesidades del quirófono (tipos de intervención a realizar, facultativos,...) tanto aumentando como disminuyendo las cantidades del mismo.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1372 ===== ***

Nº de registro: 1372

Título
CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACEN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRURGICO

Autores:
IRICIBAR MIR LAURA, BUISAN NAVAS MARTA, BADIA ZAPATER TERESA, ABADIA AROS ADORACION, OSTARIZ DUESO CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1372

1. TÍTULO

CONTROL Y MANTENIMIENTO DEL STOCK DEL ALMACÉN DE FARMACIA EN EL BLOQUE QUIRÚRGICO

PROBLEMA

Surge la iniciativa de éste proyecto de mejora para llevar un buen control del stock de medicación y productos farmacéuticos existentes en el almacén de farmacia.
Además, sería una herramienta muy útil para el personal de nueva incorporación que tenemos actualmente en la unidad ya que de este modo facilitaríamos la tarea del control del stock.
No disponemos de ningún registro en el cual figure la cantidad exacta de los productos farmacéuticos que debe haber de stock mínimo en almacén.

RESULTADOS ESPERADOS

- 5.1.- Organización y mantenimiento adecuado de los productos farmacéuticos y medicación en el almacén de farmacia.
- 5.2.- Control del stock
- 5.3.- Control de caducidades

MÉTODO

- 6.1.- Control del orden y limpieza del almacén de farmacia periódica.
Evaluación continua sobre condiciones físicas para el correcto mantenimiento de los productos farmacéuticos (ubicación, temperatura, etc.)
- 6.2.- Revisión semanal de los productos y realización de pedido en función de la previsión de IQ en dicho periodo.
- 6.3.- Revisión y reposición de caducidades a final de mes.
- 6.4.- Trabajo multidisciplinar con el Servicio de Farmacia del Centro en el caso que fuese preciso.

INDICADORES

- 7.1.- Almacén ordenado y limpio.
Correcto mantenimiento de los productos farmacéuticos.
- 7.2.- Existencia de stock de productos farmacéuticos cuando se precisen. Se ha hecho cada semana el control del stock mediante el registro nuevo
- 7.3.- Ausencia de productos farmacéuticos caducados.

DURACIÓN

De 01 abril de 2019 a 31 de junio 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 - 2019/1375

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CATÁLOGO FOTOGRÁFICO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA LAS INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LEYRE LOPEZ MUR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CME FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARDEÑOSA LOPEZ EVA
BADIA ZAPATER TERESA
IRICIBAR MIR LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesión informativa al personal del BQ explicando el desarrollo del Proyecto de mejora. Mayo 2019

Elaboración del registro con el nombre de cada caja quirúrgico de la especialidad de cirugía: Cajas de cirugía local de la nº 1 a la nº 5, y Cajas de cirugía general medianas de la nº 1 a la nº 4. Mayo 2019

Realización de foto individual al instrumental que pertenece a cada caja. Junio 2019

Identificación de la foto de instrumental con su nombre técnico así como con la referencia de la casa comercial. Julio 2019

Realización del catálogo con las diferentes cajas incluyendo nombre de la misma, así como el instrumental que pertenece a cada caja con su nombre técnico, referencia, número de piezas y foto. Agosto/Octubre 2019

Este catálogo esta disponible en la Central de Esterilización en la zona de preparación y envasado del material en formato papel, así como en la URPA (Bloque Quirúrgico) en formato digital, almacenado en un pendrive.

Presentación e implantación del catálogo al personal de la Central de Esterilización. Octubre 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En Octubre 2019 en catálogo esta en el servicio de Esterilización disponible para todo el personal.

Se han catalogado el 100*100 de las cajas de instrumental pertenecientes a la especialidad de cirugía (5 cajas de cirugía local y 4 de cirugía general mediana).

En el periodo comprendido entre los meses de noviembre-2019 a enero-2020, el servicio de esterilización no ha recibido ninguna reclamación por montaje erróneo de las cajas de cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la implantación del catálogo con fotos de instrumental tenemos una herramienta eficaz para la realización del montaje de las cajas quirúrgicas, evitando así que estas mismas lleguen al paciente incompletas o con un montaje erróneo, favoreciendo una asistencia del mayor calidad.

Herramienta visual de ayuda para la identificación y diferenciación del instrumental para el personal de nueva incorporación, así como apoyo para el personal fijo de la central y quirófano.

Ha disminuido la perdida de instrumental quirúrgico, en el quirófano y en la central de esterilización, al poseer un catálogo fotográfico se realiza el conteo de material de forma mas organizada y sistemática.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1375 ===== ***

Nº de registro: 1375

Título
ELABORACION DE UN CATALOGO FOTOGRAFICO DE INSTRUMENTAL QUIRURGICO PARA INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACION

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1375

1. TÍTULO

ELABORACIÓN DE UN CATÁLOGO FOTOGRÁFICO DE INSTRUMENTAL QUIRÚRGICO PARA LAS INTERVENCIONES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PARA PROFESIONALES DE NUEVA INCORPORACIÓN

Autores:
LOPEZ MUR LEYRE, CARDEÑOSA LOPEZ EVA MARIA, BADIA ZAPATER TERESA, OSTARIZ DUESO CONCEPCION, ABADIA AROS ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

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 .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El montaje de las cajas de instrumental del bloque quirúrgico recae en las enfermeras de dicho servicio (instrumentista y circulante), debido a que las nuevas incorporaciones de personal no conocen el nombre técnico del instrumental, ni la composición de dichas cajas de la especialidad de cirugía, se producen errores a la hora del montaje de las mismas, y por lo tanto se ven afectadas intervenciones quirúrgicas programadas. Tener un catálogo fotográfico del instrumental existente en las diferentes cajas del bloque quirúrgico es una herramienta que permite identificar cada una de las piezas que componen cada caja, y así poder ofrecer una asistencia de máxima calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

Disponer de una herramienta eficaz que sirva de ayuda para el montaje de cajas de forma ordenada a los profesionales de nueva incorporación.
Identificar cada pieza de instrumental con su nombre técnico correspondiente.
Reducir los errores de montaje

MÉTODO

- Elaborar un registro con el nombre de cada caja quirúrgica de la especialidad de cirugía
- Realizar una foto individual del instrumental que pertenece a esa caja.
- Identificar cada pieza de instrumental con nombre y referencia.
- Realizar un catálogo con las diferentes cajas incluyendo el nombre de cada caja, así como el instrumental perteneciente a cada una de ellas.

INDICADORES

Catalogo realizado
Nº de cajas categorizadas e incluidas en el catalogo

DURACIÓN

- Elaboración del registro con el nombre de las cajas: Mayo-2019
- Realización de las fotografías del instrumental e identificación del mismo: Junio-2019
- Montaje del catálogo de instrumental: Julio-Septiembre 2019

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 - 2016/0886

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 11/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

Continúa el Proyecto en 2018

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

Nº de registro: 0886

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

1. TÍTULO

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

TEMAS

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

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

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

1. TÍTULO

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

*Elaboración de registros de cara a la evaluación

Julio a noviembre de 2016:

** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 21/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

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

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

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

Como resultados nos planteamos los siguientes:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

RESULTADOS NOC 1802 CONOCIMIENTO: DIETA

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

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

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

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

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

RESULTADOS NOC 1841 CONOCIMIENTO: MANEJO DEL PESO

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0800

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: UASA BARBASTRO

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

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

educación nutricional y abordaje motivacional del cambio de hábitos de alimentación y actividad física.

2. Serán incluidos todos aquellos usuarios que deseen mejorar las conductas de salud de alimentación y actividad física.

3. Podrán ser derivados por cualquier miembro del equipo terapéutico de la U.A.S.A. (trabajadora social, psicóloga, enfermera o psiquiatra).

INDICADORES

1. Creación del Programa de Educación Nutricional y Promoción de la Actividad Física en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en la Unidad de Atención y Seguimiento de las Adicciones del Sector Sanitario de Barbastro.

2. Indicador de conducta de cumplimiento del programa: nº de personas que acuden al 70% de las citas del programa/ total de personas incluidas en el programa

3. Conocimiento sustancial de la dieta prescrita por el 70% de los usuarios, evaluado a través del NOC 1802

Conocimiento: dieta, con los siguientes indicadores específicos:

- 180201 Dieta recomendada

- 180203 Ventajas de la dieta recomendada

- 180204 Objetivos de la dieta

- 180211 Planificación de menús utilizando las directrices de la dieta

4. Conocimiento sustancial de la forma más adecuada del manejo del peso por el 70% de los usuarios, a través del NOC 1841 Conocimiento: manejo del peso, con los siguientes indicadores específicos:

- 184105 Relación entre dieta, ejercicio y peso

- 184118 Cambios de estilo de vida para favorecer el peso óptimo

- 184117 Estrategias para modificar la conducta

5. Mejora de la capacidad percibida para modificar las conductas no saludables por parte de los usuarios, a través del NOC 1701 Creencias sobre la salud: capacidad percibida para actuar, con el siguiente indicador específico:

- 170118 Confianza en la capacidad para llevar a cabo una conducta sobre la salud

DURACIÓN

Inicio del programa en noviembre de 2016.

Evaluación en mayo de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

6. MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1086

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: USM BARBASTRO

TEMAS

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

Cronograma:

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

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

1. TÍTULO

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

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0955

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro USM BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOLES ARCOS BARBARA
CERECEDA SATUE MARIA
GARCIA CALVO LAURA
MORA PARDINA MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado el folleto informativo "ENCUENTROS FAMILIARES: GRUPO PARA FAMILIARES DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE". Estos folletos se están entregando desde las consultas de las dos psiquiatras de la USM de Barbastro.

El contenido de dicho folleto es el siguiente:

IMPORTANCIA DE LA FAMILIA:

Cuando una persona recibe un diagnóstico de una enfermedad mental, y especialmente si se trata de Trastorno Mental Grave (TMG), tiene lugar un fuerte impacto y estado de shock, tanto en el paciente como en sus familiares, influyendo tanto en el proceso de la persona enferma como en la estructura y dinámica familiar.

Los familiares sufren una serie de reacciones que pueden ser de tipo protector, de rabia, de duelo, de culpa, de miedo y que en ocasiones puede llegar a producir hasta un aislamiento social.

Pensamos que los familiares de los pacientes con TMG son parte fundamental en el tratamiento de éstos, llegando a ser determinantes de una buena evolución y pronóstico de su enfermedad.

Desde la USM de Barbastro, pensamos que es importante poder intervenir con los familiares y crear un espacio para vosotros.

QUE QUEREMOS HACER...

Queremos formar un Grupo de Familiares donde se puedan hablar aspectos de interés para éstos, como la sintomatología, la evolución, diagnóstico y tratamiento, herramientas para el manejo eficaz del trastorno y de la convivencia poniendo en común dificultades y soluciones encontradas en diferentes casos.

Al mismo tiempo queremos crear un espacio donde poder expresar libremente sentimientos y preocupaciones en relación a la enfermedad y la situación familiar.

La razón principal de la creación de este grupo responde al hecho de entender que la familia forma parte de la vida de los pacientes, y que como tal, debe incluirse en el tratamiento de éstos, sobre todo y especialmente en los casos con TMG.

OBJETIVOS DEL GRUPO

- Crear espacio de encuentro entre los familiares de los pacientes y los profesionales.
- Concienciar a las familias de su papel como agentes de cambio, rehabilitación y normalización
- Contribuir a la comprensión de las familias de los aspectos relacionados con las enfermedades mentales.
- Compartir vivencias y experiencias con otros familiares.
- Favorecer la adquisición de estrategias de afrontamiento ante dificultades.
- Mejorar la comunicación y el clima intrafamiliar.
- Generar apoyo emocional al favorecer la sensación de sentirse comprendido
- Fomentar la expresión emocional y de sentimientos.
- Establecer lazos y romper el aislamiento de las familias.
- Proporcionar información adicional en relación a los diferentes servicios y recursos.

SESIONES Y EQUIPO PROFESIONAL

Estos grupos serán conducidos por la Trabajadora Social donde se fomentará la escucha empática y el apoyo mutuo, haciendo hincapié en reducir los sentimientos de culpabilidad que asumen muchos familiares.

Las sesiones brindarán espacio para descargar tensiones y crearán encuentros de personas con vivencias similares que repercutirán directamente en la sensación de soledad que muchas veces les acompaña.

En función del contenido abordado y de las necesidades e inquietudes que surjan entre los miembros del Grupo se podrá contar con la colaboración otros profesionales de la USM como Psiquiatra, Psicóloga y Enfermera para trabajar sobre ellas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El folleto ha quedado visiblemente llamativo y con una información clara y comprensible.

Por el momento no se ha llegado a poder establecer el grupo como tal y empezar con las sesiones pero se esta creando en la actualidad.

La carga de trabajo de las profesionales y la falta de una de las psiquiatras durante casi todo el primer semestre del año han dilatado el comienzo de la publicidad del grupo. Por otro la resistencia a lo nuevo, en este caso de familiares, hace que de momento no hay salido un mínimo suficiente para empezar.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0955

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La necesidad de este tipo de grupos y las evidencias científicas sobre sus beneficios sobre éstos y los pacientes, nos motiva a seguir con proyecto adelante. Actualmente solo hay una entidad que trabaja con familias de los usuarios en grupos, pero se encuentra en otra localidad y se hace necesario poder acercarse a otras zonas y facilitar el acceso a este tipo de recurso terapéutico.

7. OBSERVACIONES.

USM BARBASTRO Y USM MONZON

*** ===== Resumen del proyecto 2019/955 ===== ***

Nº de registro: 0955

Título

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Autores:

ABAD RUIZ ALODIA, MOLES ARCOS BARBARA, CERECEDA SATUE MARIA, MORA PARDINA TERESA, GONZALEZ GARCIA MARIA LUISA, LAFUERZA PUY ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM MONZON

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 .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los familiares de los pacientes con TMG son parte fundamental en el tratamiento de éstos, llegando a ser determinantes de buena evolución y pronóstico de su enfermedad. Existe evidencia científica relativa que demuestra que la intervención familiar en personas con esquizofrenia reduce las recaídas; síntomas persistentes hay mejor cumplimiento del tratamiento, una reducción significativa de la carga percibida por los cuidadores familiares y se reduce los niveles de emoción expresada dentro de las familias.

Cuando el diagnóstico de una de estas enfermedades se produce tiene lugar un fuerte impacto y estado de shock tanto en el paciente como en sus familiares influyendo tanto en el proceso de la persona enferma como en la estructura y dinámica familiar.

A la hora de intervenir podremos identificar reacciones del tipo protector, rabia, duelo, culpa, miedo, aislamiento social, alta emoción expresada, etc.

La afectación de la familia es importante y como parte del sistema del paciente se hace necesario trabajar con ellos.

Por cuestiones de tiempo y de eficiencia, nos planteamos trabajar a través de grupo con familias.

En un principio se le dará enfoque de grupo de apoyo, entendiendo que pueden darse sesiones de grupo con un enfoque más psicoeducativo. Todo irá determinado por el contenido de las sesiones.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear espacio de encuentro entre los familiares de los pacientes y los profesionales.
2. Concienciar a las familias de su papel como agentes de cambio, rehabilitación y normalización de las personas con enfermedad mental, potenciando su implicación en el proceso terapéutico.
3. Contribuir a la comprensión de las familias de los aspectos relacionados con las enfermedades mentales.
4. Compartir vivencias y experiencias con otros familiares llegando a integrarlas como normales.
5. Favorecer la adquisición de estrategias de afrontamiento ante dificultades o dificultades en la relación con sus familiares enfermos.
6. Mejorar la comunicación y el clima intrafamiliar.
7. Generar apoyo emocional al favorecer la sensación de sentirse comprendido
8. Fomentar la expresión emocional y de sentimientos.
9. Establecer lazos y romper el aislamiento de las familias.
10. Proporcionar información adicional en relación a los diferentes servicios y recursos, en caso de ser necesario.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0955

1. TÍTULO

GRUPO DE FAMILIARES DE PACIENTES CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

Entenderemos como familiares a los padres, parejas, hijos y hermanos de los pacientes. Será un requisito fundamental que estén motivados para participar, con el objetivo de entender mejor a su familiar y poder ayudarlo al mismo tiempo que lo estén para poderse ayudarse a sí mismos como cuidadores. Se preparará un folleto informativo sobre el grupo y se dejará en la sala de espera además de entregar a los familiares de los pacientes con TMG en las consultas. Mínimo serán necesarios 5 familiares para poder empezar a trabajar. Se planteará como un grupo abierto permitiendo que se vayan incorporando otros hasta llegar a un máximo de 10 familiares, momento el que se cerrará. Las sesiones se orientarán a tratar aspectos de interés de mayor relevancia como la sintomatología, la evolución, el diagnóstico y tratamiento, herramientas para el manejo eficaz del trastorno y de la convivencia, poniendo en común dificultades y soluciones encontradas en diferentes casos, al mismo tiempo que se dará la oportunidad de expresar libremente sus sentimientos y preocupaciones en relación a la enfermedad y la situación familiar. Estos grupos serán conducidos por la trabajadora social se fomentará la escucha empática y el apoyo mutua, haciendo incapié en reducir los sentimientos de culpabilidad que asumen muchos familiares. El encuentro con personas con vivencias similares que repercuten directamente en la sensación de encontrarse solos. En función del contenido abordado en cada sesión se contará con la colaboración de los diferentes profesionales de la USM: psiquiatra, psicóloga y enfermera. La frecuencia y duración de la sesión del grupo será los jueves cada quince días y de una duración estimada de hora y media. El lugar físico será la sala de reuniones de la USM de Barbastro, pudiendo solicitarse con antelación alguna de las Aulas del propio Hospital. En cada sesión se recogerá un Acta con los asistentes y temas tratados. Al finalizar las sesiones se les entregará un cuestionario de evaluación para medir nivel de satisfacción y de utilidad de los contenidos tratados en cada sesión. Por último, destacar que el objetivo final del grupo es que pueda llegar a funcionar como grupo de ayuda mutua.

INDICADORES

- N° de familiares participantes en grupo: mínimo 7 familias participantes de un máximo de 10.
- Nivel de satisfacción de los participantes: media > 0 = a 3 sobre 5
- Nivel de utilidad : media > 0 = 3 sobre 5

DURACIÓN

- De marzo a mayo de 2019 elaboración de folleto y difusión del grupo.
 - Previsión comienzo en mayo, aunque estará sujeto a variación según número de familias interesadas en ese momento.
- Fechas: 16 mayo, 13 junio, 10 julio, 26 septiembre, 10 octubre, 7 noviembre, 5 diciembre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 11/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

En enero-febrero.-

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

Seguimos con el Plan en 2018

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

1. TÍTULO

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

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

Nº de registro: 0871

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto. La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia. Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia. Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual. Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados. En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

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

1. TÍTULO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LACOMA MERCEDES

ARA USIETO MARISOL

MOLES ARCOS BARBARA

DEL PINO CARO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0886

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

1. TÍTULO

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

TEMAS

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

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Noviembre a Junio de 2016:

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

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

1. TÍTULO

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

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

** Evaluación y seguimiento de las actuaciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras las anteriores revisiones, hemos constatado que:

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

Nº de registro: 1556

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CME MONZON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.

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

DURACIÓN

MEJORA DE REGISTRO:

RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.

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

ACTIVIDADES DE FORMACION:

RESPONSABLE

ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 06/02/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1467

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:

- Mal control metabólico HbA1 > 7%
- Sobrepeso IMC >25%
- Capacidad suficiente de aprendizaje

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

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

MÉTODO

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

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

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

- Se realizará encuesta de satisfacción.

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

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

Folletos informativos.

Encuesta satisfacción.

Test para pacientes.

Báscula y tallímetro.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores:

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

DURACIÓN

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

-Inicio septiembre 2017.

-Finalización junio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

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

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 01/02/2019

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1467

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

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

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

1. TÍTULO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Serán criterios de inclusión para elegir a la población diana:

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

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

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

MÉTODO

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

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

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

- Se realizará encuesta de satisfacción.

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

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

Folletos informativos.

Encuesta satisfacción.

Test para pacientes.

Báscula y tallímetro.

INDICADORES

Se proponen los siguientes indicadores:

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

DURACIÓN

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

-Inicio septiembre 2017.

-Finalización junio 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRÁMIDE ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CASTELLS SOLANA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TODA CALVO MARIA ROSARIO
MILLAN BARRIO MARIA LUISA
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
LATRE MUZAS BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Este año se reanuda el proyecto en el que se propone la realización de una charla- taller sobre la pirámide alimentaria en el entorno escolar. Tras acuerdo con el equipo docente del CRA Vero- Alcanadre se plantea su realización en el colegio de Adahuesca. Queda pendiente plantear las fechas de realización de las dos sesiones programadas cuyo contenido es el siguiente:

Primera sesión: conocer los tipos de alimentos y su origen, la importancia de seguir una dieta equilibrada, explicar las funciones de los alimentos, hablar de la dieta mediterránea, explicar en que consiste la pirámide alimentaria, descubrir hábitos de los niños y corregir creencias erróneas. Completar lo aprendido con un ejercicio práctico que consiste en realizar la pirámide alimentaria. Al finalizar la sesión se realizará un cuestionario de preguntas cortas para valorar conocimientos adquiridos.
Segunda sesión: a los 3 meses y a través de un cuestionario se verificarán y afianzarán los conocimientos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El proyecto se encuentra en fase de inicio. Se ha realizado una primera intervención en otro colegio con resultado muy satisfactorio y estamos pendientes de concretar fechas para realizar las sesiones previstas. El equipo docente colabora y favorece la realización del proyecto. Los profesionales sanitarios jugamos un papel fundamental a la hora inculcar estilos de vida saludables y cambiar malos hábitos a través de la educación alimentaria en las escuelas, aprovechando esta fase de aprendizaje y la cercanía con la población. Los indicadores que se utilizarán serán:

Evaluación mediante una encuesta de los conocimientos aprendidos tras la realización del taller.
Evaluación a los tres meses de los conocimientos adquiridos.

Los recursos utilizados son: presentación power-point, cartulinas con imágenes de alimentos, pegamento, tijeras, figura de la pirámide alimentaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos importante sensibilizar a los niños de la importancia que tiene alimentarse de manera equilibrada a través del aprendizaje de conceptos básicos. Los hábitos nutricionales deben enseñarse de forma compartida por profesores, entorno familiar y profesionales sanitarios. Es necesario transmitir conocimientos que perduren en el tiempo y favorezcan una mayor calidad de vida así como la prevención de enfermedades. La escuela es el escenario idóneo para adquirir hábitos y actitudes que enseñen a vivir de forma sana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/372 ===== ***

Nº de registro: 0372

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRÁMIDE ALIMENTARIA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras reunión de equipo y analizando la situación en la comunidad, se detecta como una de las prioridades, la instauración de programas para la salud en el ámbito escolar, con la iniciativa de fomentar la educación sobre la alimentación. Promover hábitos saludables previene patologías agudas y crónicas, así como favorece el desarrollo de estilos de vida que ofrezcan bienestar y calidad de vida.
La adquisición de hábitos alimentarios y comportamientos saludables en la etapa infantil (escolar) es fundamental para asegurar conductas beneficiosas para la salud en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Alumnos del CRA Vero-Alcanadre. Colegio de Bierge.
- Como principal objetivo se pretende informar y motivar a la población infantil en la práctica de hábitos alimentarios saludables.
- Verificar la adquisición de conocimientos 6 meses post-intervención.

MÉTODO

Reunión con el Equipo docente para explicar el proyecto y elaborar un calendario conjunto
-.En la primera sesión se pretende realizar una puesta en común acerca de conocimientos nutricionales, que nos ayude a valorar el punto de partida y que hábitos debemos reforzar con mayor intensidad.
- En la segunda sesión se realizará una charla teórica acerca de los nutrientes, cantidad necesaria y recomendable en la ingesta. Analizar la pirámide de los alimentos.Tras explicación teórica se llevará a cabo una actividad individual construyendo la pirámide.
Concluir la sesión con una encuesta de preguntas cortas, donde se valorarán las contestaciones satisfactorias, de los conocimientos adquiridos en el taller.
-Se finalizará con una encuesta post-intervención 6 meses después de la práctica, para verificar y afianzar conocimientos adquiridos.

INDICADORES

- Evaluación tras encuesta de los conocimientos aprendidos durante el taller.
- Evaluación a los 6 meses, por encuesta, valorando conocimientos alimentarios adquiridos.

DURACIÓN

Tres sesiones a lo largo del curso escolar 2018-2019.
Finalización del proyecto junio 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 - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

Fecha de entrada: 06/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CASTELLS SOLANAS

· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTRO ASIN ALFREDO
TODA CALVO MARIA ROSARIO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
MILLAN BARRIO MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se inicia en el mes de noviembre del 2018 realizándose una reunión con el equipo docente del CRA Vero-Alcanadre. Se plantea un cambio en el grupo de alumnos a intervenir, se trabajará con el colegio de Abiego (inicialmente Bierge).Acordamos con el equipo el contenido de la charla-taller para adaptarla al grupo de edad así como a los conocimientos de partida. Queda pendiente la realización de la sesión con los alumnos programada para febrero del 2019. Tras la sesión se realizará evaluación de los conocimientos a través de preguntas cortas. A los 4 meses se realizará una segunda evaluación con la finalidad de verificar y afianzar los conocimientos dietéticos adquiridos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto no está concluido. Queda pendiente la realización de la primera sesión con escolares que se llevará a cabo en febrero así como la evaluación de adquisición de conocimientos a los 4 meses. El proyecto es acogido con satisfacción y colaboración por parte del Equipo docente que se ha implicado en las actividades, que promueven una alimentación sana en la infancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se realizará a lo largo de este curso escolar . Consideramos fundamental la intervención en el ámbito escolar que ayuda a modificar hábitos alimentarios y a prevenir enfermedades en el futuro. Es importante para ello el compromiso y la colaboración por parte de todos los niveles de intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/372 ===== ***

Nº de registro: 0372

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Educación nutricional en la escuela
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras reunión de equipo y analizando la situación en la comunidad, se detecta como una de las prioridades, la instauración de programas para la salud en el ámbito escolar, con la iniciativa de fomentar la educación sobre la alimentación. Promover hábitos saludables previene patologías agudas y crónicas, así como favorece el desarrollo de estilos de vida que ofrezcan bienestar y calidad de vida.
La adquisición de hábitos alimentarios y comportamientos saludables en la etapa infantil (escolar) es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0372

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA ESCUELA: CHARLA-TALLER SOBRE LA PIRAMIDE ALIMENTARIA

fundamental para asegurar conductas beneficiosas para la salud en el futuro.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Alumnos del CRA Vero-Alcanadre. Colegio de Bierge.

- Como principal objetivo se pretende informar y motivar a la población infantil en la práctica de hábitos alimentarios saludables.
- Verificar la adquisición de conocimientos 6 meses post-intervención.

MÉTODO

Reunión con el Equipo docente para explicar el proyecto y elaborar un calendario conjunto

- En la primera sesión se pretende realizar una puesta en común acerca de conocimientos nutricionales, que nos ayude a valorar el punto de partida y que hábitos debemos reforzar con mayor intensidad.

- En la segunda sesión se realizará una charla teórica acerca de los nutrientes, cantidad necesaria y recomendable en la ingesta. Analizar la pirámide de los alimentos. Tras explicación teórica se llevará a cabo una actividad individual construyendo la pirámide.

Concluir la sesión con una encuesta de preguntas cortas, donde se valorarán las contestaciones satisfactorias, de los conocimientos adquiridos en el taller.

- Se finalizará con una encuesta post-intervención 6 meses después de la práctica, para verificar y afianzar conocimientos adquiridos.

INDICADORES

- Evaluación tras encuesta de los conocimientos aprendidos durante el taller.

- Evaluación a los 6 meses, por encuesta, valorando conocimientos alimentarios adquiridos.

DURACIÓN

Tres sesiones a lo largo del curso escolar 2018-2019.

Finalización del proyecto 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 - 2018/0801

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 01/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO TODA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES
MILLAN BARRIO MARIA LUISA
CASTRO ASIN ALFREDO
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente no se podido realizar la creación de las agendas de los profesionales, dado que esto no depende del equipo. Por este motivo los pacientes atendidos han sido citados en las propias agendas de los profesionales, en los consultorios locales. Las agendas ya están creadas con lo que a partir de ahora los pacientes serán citados en las consultas monográficas.

Hasta el momento se han incluido 3 pacientes en los que se ha realizado:

- Valoración grado motivación.
- Intervención intensiva.
- Seguimiento posterior.

El primer paciente continua sin fumar en la actualidad, se continua el seguimiento.

El segundo ha vuelto a fumar tras la intervención.

El tercero se encuentra iniciando la intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al primer indicador tres pacientes se han sometido a una intervención intensiva del total de los fumadores.

Respecto al segundo indicador el proyecto no lleva un año en funcionamiento por lo que no podemos valorar el número de pacientes ex-fumadores al año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención primaria posee unas características de accesibilidad y continuidad que le hacen ocupar un lugar fundamental en la intervención contra el tabaquismo.

El proyecto se ha iniciado y continuaremos con la realización de una reunión de equipo en febrero, para recordar a los profesionales la creación de las agendas y el seguimiento del proyecto dada la escasa captación de pacientes conseguida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/801 ===== ***

Nº de registro: 0801

Título
INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Dependencia tabáquica
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0801

1. TÍTULO

INTERVENCION INTENSIVA DESHABITUACION TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Reunidos en Equipo y tras analizar la situación actual a través de la información disponible, detectamos una prevalencia elevada de pacientes fumadores, en los que se ha realizado una insuficiente intervención para la deshabituación tabáquica.

El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que causa por si mismo un mayor número de muertes prematuras e invalidez. Se trata de un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por sus consecuencias para la salud. La población fumadora presenta un riesgo aumentado de padecer cáncer broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Por tanto decidimos realizar un proyecto asistencial específico de deshabituación tabáquica, con el fin de disminuir el número de fumadores así como prevenir enfermedades futuras.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes fumadores pertenecientes al Centro de Salud de Abiego.

Disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco y por tanto prevenir patología cardiovascular y respiratoria, aumentando su calidad de vida.

Valoración del grado de motivación para la deshabituación tabáquica e intervención posterior (Test de Richmond). Valoración de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico en un año.

MÉTODO

Modificar las agendas de los profesionales, con la finalidad de crear consultas monográficas que permitan atender directamente a estos pacientes. Dadas las características geográficas y poblacionales de nuestro centro, la atención se llevará a cabo en los consultorios locales de cada profesional. Se dispondrá en la agenda de todos los profesionales de media hora semanal (2 horas al mes) para atender las consultas de deshabituación tabáquica.

Valorar grado de motivación, planteando la intervención intensiva y seguimiento posterior.

Seguimiento a los 3 días, dos semanas y al mes del abandono tabáquico. Apoyo telefónico posterior.

Medición CO en la consulta.

Formación y entrenamiento de los profesionales del centro. Realizar una sesión formativa.

INDICADORES

- N° Pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.

-N° Pacientes ex-fumadores al año.

DURACIÓN

Fecha inicio: septiembre 2018

Organización agenda consultas junio-agosto 2018.

Curso preparación de profesionales Mayo 2018.

Sesión formativa junio 2018.

Evaluación de datos 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 - 2018/0801

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ROSARIO TODA CALVO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ABIEGO
· Localidad ABIEGO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLAN BARRIO MARIA LUISA
GERMES RUIZ-DANA MARIA ANGELES
CASTELLS SOLANAS MARIA ANGELES
LATRE MUZAS BARBARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo de este año se prosigue con la consulta monográfica creada para realizar una intervención intensiva en deshabituación tabáquica, en el Centro de Salud de Abiego. Un profesional del equipo acudió a la formación impartida para mejorar el abordaje del tabaquismo en nuestra consulta. Conocimientos que luego se pusieron en común con los restos de miembros del equipo. Pretendemos que en nuestras consultas el tabaco se aborde de forma sistemática y que se mejore la eficacia de nuestras intervenciones.

A lo largo de este año se ha realizado la captación de 6 nuevos pacientes en los que se realiza una intervención intensiva dado su alto grado de motivación. Actualmente se encuentran en seguimiento en nuestras consultas. Inicialmente se realiza una valoración de cada paciente tras la cual, se explica las diferentes opciones de tratamiento disponibles para tratar su dependencia, acompañado siempre del seguimiento por nuestra parte. Se les explica el aumento de posibilidades de abandonar el hábito si se asocia terapia farmacológica, eligiendo el tratamiento más adecuado teniendo en cuenta las preferencias del paciente. Se entrega material de apoyo para dejar de fumar y se concretan las visitas de seguimiento ofreciendo la consulta telefónica si no pueden acudir.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores del proyecto son:

- Nº pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.
- Nº pacientes ex-fumadores al año.

Sobre un total de 90 pacientes registrados en el programa de dependencia del tabaco, 6 se han sometido a una intervención intensiva.

Cuatro de esos pacientes han seguido tratamiento farmacológico y dos han acudido a seguimiento en consulta sin recibir terapia sustitutiva ni otros fármacos. Cuatro de ellos continúan sin fumar y dos han recaído.

Respecto al segundo indicador no se han conseguido ex-fumadores por no haber transcurrido el periodo de un año.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este año damos por finalizado el proyecto que nos ha ayudado a mejorar la captación e intervención en los pacientes fumadores de nuestra zona de salud, gracias a la creación de consultas monográficas que seguirán en marcha. Nos ha ayudado a actualizar los conocimientos acerca de las intervenciones efectivas disponibles para dejar de fumar. El aumento de la implicación del personal sanitario para promover la intención de dejar de fumar y ayudar a quien lo solicite, debe ser realizado en nuestras consultas de forma sistemática. Debemos introducir esta labor en nuestra actividad diaria aprovechando la situación estratégica que posee la atención primaria como puerta del sistema sanitario. La consulta monográfica permite ofrecer ayuda de una manera personalizada así como fomentar la relación cercana que favorezca el cambio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/801 ===== ***

Nº de registro: 0801

Título
INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABAQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0801

1. TÍTULO

INTERVENCIÓN INTENSIVA DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL CENTRO DE SALUD DE ABIEGO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ABIEGO

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Reunidos en Equipo y tras analizar la situación actual a través de la información disponible, detectamos una prevalencia elevada de pacientes fumadores, en los que se ha realizado una insuficiente intervención para la deshabituación tabáquica.
El tabaquismo es el factor de riesgo modificable que causa por si mismo un mayor número de muertes prematuras e invalidez. Se trata de un problema de salud pública tanto por su prevalencia como por sus consecuencias para la salud. La población fumadora presenta un riesgo aumentado de padecer cáncer broncopulmonar, enfermedades cardiovasculares y respiratorias. Por tanto decidimos realizar un proyecto asistencial específico de deshabituación tabáquica, con el fin de disminuir el número de fumadores así como prevenir enfermedades futuras.

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes fumadores pertenecientes al Centro de Salud de Abiego.
Disminuir el número de pacientes con dependencia al tabaco y por tanto prevenir patología cardiovascular y respiratoria, aumentando su calidad de vida.
Valoración del grado de motivación para la deshabituación tabáquica e intervención posterior (Test de Richmond).
Valoración de pacientes que han abandonado el hábito tabáquico en un año.

MÉTODO

Modificar las agendas de los profesionales, con la finalidad de crear consultas monográficas que permitan atender directamente a estos pacientes. Dadas las características geográficas y poblacionales de nuestro centro, la atención se llevará a cabo en los consultorios locales de cada profesional. Se dispondrá en la agenda de todos los profesionales de media hora semanal (2 horas al mes) para atender las consultas de deshabituación tabáquica. Valorar grado de motivación, planteando la intervención intensiva y seguimiento posterior. Seguimiento a los 3 días, dos semanas y al mes del abandono tabáquico. Apoyo telefónico posterior. Medición CO en la consulta. Formación y entrenamiento de los profesionales del centro. Realizar una sesión formativa.

INDICADORES

- N° Pacientes que se han sometido a una intervención intensiva sobre el total de los fumadores.
-N° Pacientes ex-fumadores al año.

DURACIÓN

Fecha inicio: septiembre 2018
Organización agenda consultas junio-agosto 2018.
Curso preparación de profesionales Mayo 2018.
Sesión formativa junio 2018.
Evaluación de datos junio 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 - 2016/1561

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

Fecha de entrada: 23/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1561

Título
SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GETION DEL EQUIPAMIENTO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

SALA DE URGENCIAS: MANTENIMIENTO Y GESTION DEL EQUIPAMIENTO

medicación.

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 23/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1593

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

Autores:
CLAVER GARCIA PAULA, PEREZ-FAJARDO ALCAIDE BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

1. TÍTULO

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 20/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1605

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

1. TÍTULO

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

Fecha de entrada: 11/02/2019

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1605

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

INDICADORES

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

1. TÍTULO

VALORACION PIE DIABETICO (CUADRO DE MANDOS DE DIABETES)

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

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

-

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

Nº de registro: 1629

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

GENERALES

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

ESPECIFICOS:

1. De conocimiento:

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

2. De actitud:

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

3. De habilidad:

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

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

MÉTODO

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

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

3. Quién impartirá el taller: Sanitarios del CS

4. Dónde se imparte: Sala de reuniones del CS

INDICADORES

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

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

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

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

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Servicio o Unidad: Atención Primaria

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

(Proyecto: 2016_1581 (Contrato Programa))

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGUES CASAS SONIA
PERA FERRAZ CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
MARIN CAMPODARVE ALFREDO
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta previa para ver situacion de conocimientos de donde partimos.
Taller de disfagia, donde hicimos una parte teorica, para explicar el significado de disfagia, signos y sintomas, consecuencias, medidas generales, medidas nutricionales y niveles de viscosidad.
Taller práctico donde realizamos mezclas con espesantes para ver los tipos de consistencias, realizamos diferentes tipos de comidas adecuadas a pacientes con disfagia, enseñamos a manejar los espesantes y sus niveles de viscosidad.
Taller practico en manejo de obstrucción parcial y completa de via aerea.
Encuesta al finalizar los talleres de formación, para saber que se ha entendido y asimilado el concepto de disfagia, y como gestionarla en cada caso.
Encuesta de satisfacción, en cuanto al personal que lo imparte, la información recibida (si es clara, concisa y concreta)
Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.
Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El dia 23 de octubre de 2018 se realizo el taller de disfagia y practico de mezcla de espesantes.
El dia 27 de diciembre de 2018 se realizó el taller practico en manejo de obstrucción de via aerea.
Se empleó soporte informatico, mediante power point para explicación de los talleres.
Para el taller practico dispusimos de cocteleras, espesantes, diferentes tipos de comida para que comprendieran las texturas y el grado de disfagia. Hicimos el test de disfagia a liquidos. Se realizaron mezclas para ver las consistencias.
Para taller practico de OVACE dispusimos de simulaciones de diferentes situaciones.
Los resultados alcanzados han sido positivos. Las encuestas de satisfacción fueron positivas,. Todos los asistentes (20 cuidadoras de la residencia, 3 cocineras y enfermeras del centro de salud Ainsa), entendieron a la perfección la disfagia, asimilaron los conceptos de mayor importancia, y como gestionar la obstrucción de via aerea si se produjera.
Tras el taller y por el momento no se ha producido ninguna brocoaspiración de los residentes de la Solana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido favorable y positiva.
Se han alcanzado los objetivos previstos.
Como no todas las cuidadoras pudieron acudir a los talleres, se propuso hacer una segunda vuelta para el resto de personal, que no pudo asistir a la primera convocatoria.

7. OBSERVACIONES.

Se incluirá en la agenda de comunitaria del Centro para seguimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1398 ===== ***

Nº de registro: 1398

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA).

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, BORBON CAMPOS INES, PERA FERRAZ CARMEN, ZAPATERO CASEDAS ANA, THACCO VELARDE MAGALY, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos, poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente crónico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%. La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

MÉTODO

Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la Disfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informático, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y síntomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los líquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

INDICADORES

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas (con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)

Fuente de datos: SARES.

Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)

Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su practica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...

Esta valoración se hará con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado, resultado util... hasta 5 que significa: el grado optimo de evaluación de los objetivos.)

DURACIÓN

La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3 cocineras). La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Evaluación posterior a la realización del taller
Fecha de finalización: Máximo el 31 de octubre 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 - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGÜES CASAS SONIA
BORBON CAMPOS INES
PERA FERRAZ CARMEN
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos.

Taller de disfagia, donde hicimos una parte teorica para explicar el significado de disfagia, signos y sintomas, consecuencias, medidas generales, medidas nutricionales y niveles de viscosidad.

Taller práctico en donde realizamos mezclas con espesantes para ver los tipos de consistencias, realizamos diferentes tipos de comidas adecuadas a pacientes con disfagia, enseñamos a manejar los espesantes.

Taller practica en manejo de obstrucción parcial y completa de via aérea.

Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimilado el concepto de disfagia y como gestionarla en cada caso.

Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta, si creen que les ha podido servir para su práctica diaria.

Evaluacion final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

CUMPLIMIENTO DEL CALENDARIO MARCADO.

El día 23 de octubre realizamos taller de formación de disfagia y taller práctico de mezcla de espesantes.

El día 27 de diciembre realizamos taller práctico en manejo de obstrucción parcial y completa de vía aérea.

RECURSOS EMPLEADOS.

Empleamos soporte informatico, mediante power point para explicación del taller formativo.

Para el taller práctico dispusimos de cocteleras, espesantes, diferentes tipos de comida para que comprendieran las texturas y el grado de disfagia. Hicimos el test de disfagia a liquidos. Realizamos mezclas para ver las consistencias.

Para taller práctico usamos simulaciones en los diferentes tipos de OVACE.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados han sido muy positivos. Las encuestas de satisfacción fueron muy positivas, todos y todas las asistentes (20 cuidadoras de la Residencia La Solana +3 cocineras+enfermeras del centro de salud de Ainsa) entendieron a la perfección la disfagia, asimilaron los conceptos de mayor importancia, y como gestionar la obstrucción de via aerea si se produjera.

Tras el taller y por el momento no se ha producido ninguna broncoaspiración de los residentes de La Solana.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora ha sido favorable y muy positiva. Se han alcanzado los objetivos previstos.

Como no todas las cuidadoras pudieron acudir a los talleres, se propuso hacer una segunda vuelta para el resto del personal que no pudo asistir en la primera convocatoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1398 ===== ***

Nº de registro: 1398

Título

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA).

Autores:

LOPEZ CALZON PATRICIA, BORBON CAMPOS INES, PERA FERRAZ CARMEN, ZAPATERO CASEDAS ANA, THACCO VELARDE MAGALY, MARIN CAMPODARVE ALFREDO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para valorar la situación de partida de la Residencia de la Solana utilizamos la técnica DAFO.

Debilidades: escasez de recursos humanos, poca cualificación, variabilidad de la información recogida, no utilización de protocolos, casos previos de atragantamientos e infecciones respiratorias tras posibles broncoaspiraciones durante la alimentación.

Amenazas: presión de los familiares, presión por intenso trabajo, la toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Fortalezas: apoyo constante desde el centro de salud, necesidad sentida por parte de los cuidadores de la residencia, necesidad sentida por parte de los trabajadores del centro de salud de Ainsa. Inclusión del paciente crónico complejo en cartera de servicios y que cada institucionalizado tiene adjudicado un médico y enfermera del CS Ainsa.

Oportunidades: creación en el centro de salud de un puesto de enfermera comunitaria, adecuar las intervenciones: actividades de escucha, información y formación para conocer la disfagia, un problema poco conocido pero muy común sobre todo en la gente más edad.

RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto está dirigido a las cuidadoras y cocineras de la Residencia La Solana de Ainsa para que conozcan esta gran desconocida "La Disfagia", ya que en pacientes institucionalizados aumenta considerablemente hasta establecerse en una prevalencia del 60%. La población diana sobre la que incidirá estos conocimientos y habilidades adquiridos por las cuidadoras y cocineras serán los pacientes institucionalizados.

MÉTODO

Las acciones previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

Realizar un cuestionario previo, para ver donde partimos.

Un taller de formación e información sobre la Disfagia, dirigido a todo el personal de la Residencia de Ainsa usando soporte informático, mediante un power point. Escuchar y resolver sus dudas, sus preocupaciones referentes a la disfagia. Conocer sus signos y síntomas, sus consecuencias, las medidas generales a adoptar durante las comidas y después de las comidas, medidas nutricionales, saber adaptar la consistencia de los líquidos al nivel de disfagia de cada paciente.

Evaluación final de los conocimientos y habilidades adquiridas.

Encuesta de satisfacción de las cuidadoras.

INDICADORES

Encuesta previa para conocer situación de donde partimos. Encuesta de 10 preguntas (con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas.)

Fuente de datos: SARES.

Encuesta al finalizar los talleres de formación para saber que se ha entendido y asimiliado el concepto de disfagia y cómo gestionarla en cada caso. (test con 10 preguntas, con 4 posibles respuestas, siendo una verdadera y el resto falsas)

Encuesta de satisfacción en cuanto al personal que lo imparte, la información (si es clara, concisa y concreta), si creen que les ha podido servir para su practica diaria, si el material ha sido adecuado, si la duración ha sido apropiada...

Esta valoración se hara con una escala tipo Likert (donde 1 es: no me ha gustado,resultado util... hasta 5 que significa: el grado optimo de evaluación de los objetivos.)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1398

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. (DISFAGIA)

DURACIÓN

La duración prevista es un taller o dos, de 10-12 personas en cada taller (son 25 cuidadoras, más 3 cocineras).

La fecha prevista está por concretar, está hablado con la directora y falta concertar un día concreto.

Evaluación posterior a la realización del taller

Fecha de finalización: Máximo el 31 de octubre 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 - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 14/01/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Exposición-taller, juegos...sobre la función enfermera. Recursos: pendrive, pantalla digital, posits, material sanitario... Calendario: se realizó durante el curso escolar.
Se realizó un power point para informar y desarrollar el tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado fue del 100% del conocimiento de los escolares, a través de encuestas realizadas posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad en sí supuso una mejora en la forma de entender el escolar la función enfermera, llegando a los objetivos marcados: conocimiento, divulgación...por parte de los escolares. Quedan pendientes muchos temas que podrían tratarse respecto a enfermería y a diversas etapas escolares.
Debería repetirse dichas actividades en cada aula, edad...escolar, así como, nuevos temas adaptados a cada etapa del niño.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1409 ===== ***

Nº de registro: 1409

Título
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.

Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

MÉTODO

Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.

La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

INDICADORES

Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.

Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.

Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

DURACIÓN

Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Fecha de entrada: 05/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Exposición -taller, juegos...sobre la función enfermera. Recursos: pendrive, pantalla digital, posits, material sanitario... Calendario: se realizó durante el curso escolar. Se confeccionó un power point para informar y desarrollar el tema.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado fue del 100% del conocimiento de los escolares, a través de encuestas realizadas posteriormente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actividad en sí supuso una mejora en la forma de entender el escolar la función enfermera, llego a los objetivos marcados: conocimiento, divulgación, proyección...por parte de los escolares. quedan pendientes muchos temas que podrían tratarse respecto a enfermería y a diversas etapas escolares. Debería repetirse dichas actividades en cada aula, edad... escolar, así como, nuevos temas adaptados a cada etapa del niño.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1409 ===== ***

Nº de registro: 1409

Título
LOS NIÑOS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

Autores:
BORBON CAMPOS INES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detecta en el colegio, una idea parcial de la función enfermera. La idea es acercar a los alumnos de primaria, in vivo, las diversas y múltiples funciones de la enfermera en ámbitos diferentes.
Se puede comenzar con una charla-taller relacionada con las funciones, para luego continuar con otras más específicas y educativas para los alumnos según edades.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo principal es que los alumnos (específicamente los de 7-8 años), conozcan la profesión enfermera en todos sus ámbitos, y como no, dar entrada a la enfermera en el colegio donde tiene mucho campo para aportar y dar a conocer conocimientos.

MÉTODO

Se hará una charla-taller con información, actividades, juegos...etc, a través de los cuales, los niños aprenderán más sobre esta profesión.
La idea es poder continuar con esta exposición de conocimientos en los diversos grupos de edades de educación primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1409

1. TÍTULO

LOS NIÑOS/AS DE PRIMARIA CONOCEN LAS FUNCIONES ENFERMERAS

INDICADORES

Los datos para medir estos indicadores se obtendrán de la evaluación de las encuestas de satisfacción por parte de los alumnos.

Se espera que la adquisición de conocimientos por parte del alumnado sea total.

Encuesta de satisfacción: superior al 90%.

DURACIÓN

Principio de Junio 2018: Preparación de la charla, juegos...etc.

Finales de Junio 2018: Realizar la charla-taller.

Septiembre 2018: Contacto con el profesorado para poder realizar más charlas durante el curso 2018/2019 en diferentes aulas.

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 - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA BAGUES CASAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
BORBON CAMPOS INES
THACCO VELARDE MAGALY
PERA FERRAZ CARMEN
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Taller e formación, donde detalladamente, con ayuda de soporte informático, se desarrollo el contenido del tema. Establecimos una guía de lesiones por presión, fricción y cizallamiento, para adelantarnos a la aparición de este tipo de lesiones, adoptando unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen la presión. Establecimos una vía de comunicación directa con el equipo de enfermería del centro de salud, para asesoramiento y abordaje. El taller formativo se llevo a cabo el 27 de diciembre por Sonia Bagües, siendo el resultado muy positivo, valorado por los asistentes de forma muy favorable y positiva. Entendieron los objetivos de la guía de prevención de lesiones a la perfección y llevan a cabo esta guía en su día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados por el momento son favorables, no ha aparecido ninguna lesión por presión. La comunicación entre los equipos multidisciplinares a mejorado considerablemente. Se ha instaurado el manejo de la guía de prevención de lesiones por presión para personas cuidadoras de la residencia La Solana. Las encuestas tanto de formación, como de satisfacción han sido calificadas de forma positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas es positivo y favorable, se han alcanzado los objetivos propuestos, la colaboración por parte del equipo ha sido inmejorable, implicandose en todo el proceso, en la elaboración de la guía y su puesta en funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.
Se incluirá en la agenda comunitaria del centro el seguimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1419 ===== ***

Nº de registro: 1419

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, ZAPATERO CASEDAS ANA, PERA FERRAZ CARMEN, MARIN CAMPODARVE ALFREDO, BORBON CAMPOS INES, THACCO VELARDE MAGALY, HERNANDEZ DE PEDRO MARIA, GIL SUS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una tecnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador. Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesiones que presentan o pueden presentar los ancianos residentes.

Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información.

No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión.

Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos.

Aumento del número de pacientes que presentan lesiones por presión.

Amenazas:

Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes.

La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores.

Presión por los familiares.

Fortalezas

Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Aínsa.

Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermería y medicina). Hay un aumetro considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción...

Necesidad sentida por parte de lñas cuidadoras y Directora de la residencia . Demasiada carga asistencial.

Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guía de prevención de lesiones por presión.

Oportunidades:

Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadoras de la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparición de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación.

Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Aínsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Aínsa).

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto de educacion para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Aínsa, para crear y llevar a cabo una guía de prevención de lesiones por presión.

La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

MÉTODO

Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:

-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informatico se desarrollará el contenido del tema y estableceremos una Guía de prevención de lesiones por presión, fricción y cizallamiento.

-Estableceremos una guía para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.

-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

INDICADORES

-Encuesta de evaluacion: Se evaluará la información recibida, si es util, clara, concreta.

-Guia de prevención de lesiones por presión.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS EN NUESTRA RESIDENCIA DE ANCIANOS LA SOLANA

- Nº de úlceras de aparición posterior a la instauración del la guia de prevención de úlceras por presión.
- Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).
- Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos.de los datos (tipificación del tipo de lesión).
- Tiempo recomendado de curación para cada lesión (diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Julio 2018,
Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)
Establecimiento de la guia de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.
Se llevará a cabo durante el resto 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 - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Fecha de entrada: 04/01/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA LOPEZ CALZON
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BAGÜES CASAS SONIA
BORBON CAMPOS INES
THACCO VELARDE MAGALY
PERA FERRAZ CARMEN
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MARIN CAMPODARVE ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Taller de formación, donde detalladamente, con ayuda de soporte informático se desarrolló el contenido del tema. Establecimos una Guía de prevención de lesiones por presión, fricción y cizallamiento, para adelantarnos a la aparición de este tipo de lesiones, adoptando unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diaria de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen la presión. Establecimos una vía de comunicación directa con el equipo de enfermería del centro de salud para asesoramiento y abordaje. El taller formativo se llevo a cabo el 27 de diciembre por Sonia Bagües, siendo el resultado muy positivo, valorado por los asistentes de forma muy favorable y positiva. Entendieron los objetivos de la guía de prevención de lesiones a la perfección y llevan a cabo esta guía en su día a día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados por el momento son muy favorables, no ha aparecido ninguna nueva lesión por presión. La comunicación entre los equipos multidisciplinares ha mejorado considerablemente (equipo de enfermería del Centro de Salud y equipo de cuidadoras del Centro Residencial La Solana). Se ha instaurado el manejo de la guía de prevención de lesiones por presión para personas cuidadoras de la Residencia La Solana. Las encuestas tanto de formación, como de satisfacción han sido muy calificadas de forma positiva.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas es positivo y favorable, se han alcanzado los objetivos propuestos, la colaboración por parte del equipo ha sido inmejorable, implicandose en todo el proceso de elaboración de la guía y su puesta en funcionamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1419 ===== ***

Nº de registro: 1419

Título
EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Autores:
LOPEZ CALZON PATRICIA, ZAPATERO CASEDAS ANA, PERA FERRAZ CARMEN, MARIN CAMPODARVE ALFREDO, BORBON CAMPOS INES, THACCO VELARDE MAGALY, HERNANDEZ DE PEDRO MARIA, GIL SUS GUILLERMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. Se estima que el mayor porcentaje de las lesiones por presión son potencialmente evitables, por lo que su aparición, está relacionado directamente con la calidad de los cuidados prestados por parte de las cuidadoras y de los profesionales de enfermería, atendiendo fundamentalmente a la nutrición, la correcta higiene, manejo de la humedad, cambios posturales y correcta elección del tto para evitar su aparición.

Pertinencia del proyecto.

Enlazando con el proyecto realizado de educación para la salud a las cuidadoras de la residencia de nuestra ZBS DISFAGIA, continuamos con otro proyecto dirigido para ellas. Establecemos una técnica de análisis, diagnóstico de la situación de partida y priorización de intervenciones. Para ello utilizamos la técnica DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades).

Debilidades:

Escasez de recursos humanos, a veces no se cubren ausencias y/o bajas del personal, lo que influye negativamente en el desarrollo normal de las actividades y en el cuidado de los residentes, sobrecargando al personal cuidador. Poca cualificación a la hora de identificar los tipos de lesiones que presentan o pueden presentar los ancianos residentes. Variabilidad en la información recogida, a veces se intuye lo que se quiere decir y no se pregunta cuando no se entiende la información. No utilización de guía, protocolo estandarizado para la prevención de lesiones por presión. Aumento de la carga de trabajo por elevadas demandas de cuidados específicos. Aumento del número de pacientes que presentan lesiones por presión.

Amenazas:

Presión por elevada carga de trabajo que repercute directamente sobre el cuidado de los residentes. La toma de decisiones no está a cargo de los cuidadores. Presión por los familiares.

Fortalezas

Apoyo constante e intervencionista desde nuestro Centro de Salud de Ainsa. Necesidad sentida por parte de los trabajadores de nuestro centro de salud (enfermería y medicina). Hay un aumento considerable de las curas a realizar de lesiones derivadas de presión, fricción... Necesidad sentida por parte de las cuidadoras y Directora de la residencia. Demasiada carga asistencial. Cada paciente institucionalizado tiene asignada una enfermera que puede intervenir dirigiendo la guía de prevención de lesiones por presión. Oportunidades: Realización de un proyecto de Atención Comunitaria dedicado a la información, a la formación y creación y establecimiento de una guía de prevención de lesiones por presión, fricción o cizallamiento para las personas cuidadoras de la residencia. Disminuyendo con esta guía la incidencia en la aparición de dichas lesiones y si se produjeran, minimizar en lo posible los tiempos de curación. Implicación por parte de todos los enfermeros del CS de Ainsa y de las cuidadoras de la Residencia de la Solana.(Ainsa).

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto de educación para la salud dirigido a las cuidadoras de la Residencia de Ainsa, para crear y llevar a cabo una guía de prevención de lesiones por presión. La población diana sobre la que incidirá será los pacientes institucionalizados.

MÉTODO

Las actividades previstas para llevar a cabo nuestro objetivo serán:
-Taller de formación, donde detalladamente con ayuda de soporte informático se desarrollará el contenido del tema y estableceremos una Guía de prevención de lesiones por presión, fricción y cizallamiento.
-Estableceremos una guía para adelantarnos a la aparición de las lesiones por presión, teniendo que adoptar unas medidas específicas en cuanto a nutrición, cuidado diario de la piel, control del exceso de humedad, disminución de presión sobre la piel mediante cambios frecuentes de postura, movilizaciones, uso de dispositivos que disminuyen presión.
-Establecer una comunicación con el equipo del centro de salud para asesoramiento, y en cuanto se detecten zonas susceptibles de aparición de lesión, abordarla en estadios iniciales.

INDICADORES

-Encuesta de evaluación: Se evaluará la información recibida, si es útil, clara, concreta.
-Guía de prevención de lesiones por presión.
-Nº de úlceras de aparición posterior a la instauración de la guía de prevención de úlceras por presión.
-Evaluaremos cada paciente enseñando escalas de utilización enfermera (NORTON).
-Análisis descriptivo de los datos cuantitativos (nº incidencia de lesiones) y cualitativos de los datos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1419

1. TÍTULO

EDUCACION PARA LA SALUD A LAS CUIDADORAS DE LA RESIDENCIA DE NUESTRA ZBS. AINSA. GUIA DE PREVENCIÓN DE LESIONES POR PRESION PARA PERSONAS CUIDADORAS DE NUESTRA RESIDENCIA

(tipificación del tipo de lesión).

-Tiempo recomendado de curación para cada lesión (diferenciación lesiones I, II, III IV), si se cumplen los tiempos esperados.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Julio 2018,

Las actividades previstas de formación se llevaran a cabo durante el verano de julio de 2018 (una tarde en sala de juntas de CS Ainsa)

Establecimiento de la guía de prevención en conjunto tras el taller de formación y su posterior instauración.

Se llevará a cabo durante el resto 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 - 2018/1440

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Fecha de entrada: 11/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
PERA FERRAZ CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MALLOR VICENTE NATALIA
RIVERA MUR SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se les da a los pacientes información escrita de cómo deben recoger las muestras adecuadamente.
Se captan a través de los pacientes, historias... si tienen programada analítica con especialista y unificar extracción especialista + OMI (según protocolo), o bien, si médico de primaria manda analítica, intentar coincidir con la de especialista (si tiene programada), OMI (si resultados no urgen) + especialista.
1ª monitorización fue de octubre del 2018 a diciembre del mismo año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
En cuanto a la recogida de muestras, el resultado fue de un 92,85% favorable a las muestras recogidas aceptablemente. Con el tiempo, se espera un porcentaje superior.
En cuanto a las solicitudes de especialista y médico de familia, el resultado en estos 3 meses es: el 97% de las analíticas se realizan por separado y tan sólo un 11,50%, se aprovecha en una sola extracción la petición de primaria + especializada. Estos resultados tienen que aumentar en los próximos meses, a través de la información, búsqueda...de todos los profesionales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo debe trabajar aunando esfuerzos para que las analíticas no se dupliquen en breves periodos de tiempo y además de un ahorro económico, sea un beneficio para el paciente, profesionales: viajes, duplicidades que no modifican resultados...etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1440 ===== ***

Nº de registro: 1440

Título
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PERA FERRAZ CARMEN, THACCO VELARDE MAGALY, ZAPATERO CASEDAS ANA, MALLOR VICENTE NATALIA, RIVERA MUR SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detectan formas erróneas de recogida de muestras quizá por una información no demasiado clara y concisa para determinados usuarios.
Se observan la duplicidad de analíticas en periodos de tiempo cortos, en los cuales, el resultado de los parámetros no se realiza en laboratorio debido a su extracción reiterante y corta en el tiempo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1440

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

El proyecto es importante para una mejora efectividad y eficiencia en cuanto a recursos de todo tipo y a una menor duplicidad de datos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que la recogida de las muestras sean recibidas el día de la extracción de forma válida, por lo menos en un 95% de los usuarios.

Unificar en la medida de lo posible, las analíticas programadas por distintas especialidades en una sola extracción.

Disminuir costes humanos, materiales y económicos.

Reducir número de viajes a los usuarios si pueden realizarse con una sola extracción.

Decrecer número de domicilios para extracción por parte de enfermería si se unifican solicitudes.

MÉTODO

- Dar información escrita, clara y concisa a los usuarios sobre la forma idónea de recogida de muestras.

- Captar las peticiones de analíticas provenientes de especialistas, a través de: historia clínica, preguntar al paciente.. tanto en consulta médica/enfermería como en servicio de admisión.

INDICADORES

Los datos para la medición serán:

- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/ nº total de recogida de muestras.

-Nº de peticiones (A.P + Especializada) / total de extracciones.

-Nº de peticiones compartidas de especializada / total de extracciones de especializada.

DURACIÓN

Septiembre 2018: Se presentará al EAP y puesta en marcha de la información a profesionales y usuarios.

Octubre 2018: Recogida de datos en la agenda de extracciones de forma mensual.

Enero 2019: 1ª monitorización de los datos recogidos.

Mayo 2019: 2ª monitorización

Junio 2019: Exposición de resultados en reunión de EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1440

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

Fecha de entrada: 09/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ CALZON PATRICIA
PERA FERRAZ CARMEN
THACCO VELARDE MAGALY
ZAPATERO CASEDAS ANA CARMEN
MALLOR VICENTE NATALIA
RIVERA MUR SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se entregó folletos detallando la información, clara y concisa, sobre la forma idónea de recogida de muestras. Revisión de las historias de los pacientes anotados en agenda de extracciones, también en consultas y/o admisión, preguntando si tenían analíticas de especialistas para poder unificar en un solo día y extracción. Recursos materiales: folletos, fotocopias, ordenador... Recursos personales: personal de enfermería y personal administrativo. Se realizó un calendario para las monitorizaciones y para informar sobre los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los datos de la medición fueron:

- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/nº total de recogida de muestras

-Nº de peticiones (A.P + Especializada)/total de extracciones.

-Nº de peticiones compartidas de especializada/total de extracciones de especializada

El método de obtención fue a través de los volantes de extracciones y de las agendas del ordenador.

Resultados:

- El porcentaje de pacientes que finalmente traían bien las muestras fue significativo desde un 75% antes de comenzar el proceso, pasando por el 92% en la 1ª monitorización y terminando con un 98,6%.

- El porcentaje de peticiones compartidas (A.P + Especializada) también hubo un resultado positivo, pasando de un 11% a un 96% al final de la 2ª monitorización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En cuanto a las muestras recibidas de forma correcta, se cumplió el objetivo que era llegar al 95%, por lo que puede decirse que a través de una exhaustiva formación/información al usuario, es capaz de poder traer las muestras de la forma idónea y correcta sin que deban repetirse con las consecuencias que esto tiene en cuanto a tiempo del personal, económico...

En cuanto al objetivo de unificar extracciones, también se ha cumplido, pues pues incrementó el número de las compartidas frente a las individuales, y con ello, una mejora significativa en el número de viajes de los usuarios para las analíticas, disminución del tiempo del personal de admisión: citación, pasar analíticas..., disminución del tiempo de enfermería: con una sola extracción se cumplen varios objetivos (resultados de primaria y resultados de especializada), disminución nº de domicilios para extracciones, disminución número de visitas tanto de enfermería como médicas para recibir resultados...

Como no comentar la parte económica respecto a todo el proceso: tubos, transporte...etc.

7. OBSERVACIONES.

Creo que es muy favorable tanto para el personal, usuarios como gerentes, la comunicación primaria/especializada, en este caso, extracciones. Quedaría pendiente, que las extracciones realizadas en laboratorios del hospital se reflejasen en la historia individual de OMI y no solamente en la HCE.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1440 ===== ***

Nº de registro: 1440

Título
MEJORANDO ANALITICAS: UNIFICACION E INFORMACION ESPECIFICA

Autores:
BORBON CAMPOS INES, LOPEZ CALZON PATRICIA, PERA FERRAZ CARMEN, THACCO VELARDE MAGALY, ZAPATERO CASEDAS ANA, MALLOR VICENTE NATALIA, RIVERA MUR SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1440

1. TÍTULO

MEJORANDO ANALÍTICAS: UNIFICACIÓN E INFORMACIÓN ESPECÍFICA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se detectan formas erróneas de recogida de muestras quizá por una información no demasiado clara y concisa para determinados usuarios.
Se observan la duplicidad de analíticas en periodos de tiempo cortos, en los cuales, el resultado de los parámetros no se realiza en laboratorio debido a su extracción reiterante y corta en el tiempo.
El proyecto es importante para una mejora efectividad y eficiencia en cuanto a recursos de todo tipo y a una menor duplicidad de datos.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera que la recogida de las muestras sean recibidas el día de la extracción de forma válida, por lo menos en un 95% de los usuarios.
Unificar en la medida de lo posible, las analíticas programadas por distintas especialidades en una sola extracción.
Disminuir costes humanos, materiales y económicos.
Reducir número de viajes a los usuarios si pueden realizarse con una sola extracción.
Decrecer número de domicilios para extracción por parte de enfermería si se unifican solicitudes.

MÉTODO

- Dar información escrita, clara y concisa a los usuarios sobre la forma idónea de recogida de muestras.
- Captar las peticiones de analíticas provenientes de especialistas, a través de: historia clínica, preguntar al paciente.. tanto en consulta médica/enfermería como en servicio de admisión.

INDICADORES

Los datos para la medición serán:
- Porcentaje de pacientes que traen las muestras aceptablemente/ n° total de recogida de muestras.
-N° de peticiones (A.P + Especializada) / total de extracciones.
-N° de peticiones compartidas de especializada / total de extracciones de especializada.

DURACIÓN

Septiembre 2018: Se presentará al EAP y puesta en marcha de la información a profesionales y usuarios.
Octubre 2018: Recogida de datos en la agenda de extracciones de forma mensual.
Enero 2019: 1ª monitorización de los datos recogidos.
Mayo 2019: 2ª monitorización
Junio 2019: Exposición de resultados en reunión de EAP.

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 - 2019/0338

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

Fecha de entrada: 07/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA ARCAS LALIENA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS AINSA
· Localidad AINSA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERA FERRAZ CARMEN
BAGÜES CASAS SONIA
LOPEZ CALZON PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Primero de todo, nos pusimos en contacto, con colegios, centros, asociaciones, AMPA...para ponernos a su disposición y ofrecerles sesiones informativas y prácticas de primeros auxilios y RCP. Esto nos llevó a concertar varias sesiones en diferentes insituciones:

-Dos sesiones de RCP y dos de primeros auxilios en el Colegio Asunción Pañart de Ainsa, todas ellas realizadas a los alumnos de 6 de primaria de ese centro

-Una sesión de manejo del DESA que se realizó en nuestro centro, dirigida a alumnos del grado medio de deporte que se realiza en el instituto de Ainsa.

-Tres sesiones de primeros auxilios (a infantil, primero y segundo de primaria) y dos sesiones de RCP (a los alumnos de tercero y cuarto, y quinto y sexto) en el colegio de Boltaña.

-Una sesión de RCP y una sesión de primeros auxilios para la escuela municipal de adultos dentro del curso de monitor de tiempo libre.

-Una sesión de manejo del DESA que demandó ARCUSA, ya que ahora disponene de un DeSA en su municipio.

El material utilizado en estos cursos básicamente han sido del propio centro (gasas, apósitos, vendas, férulas... y el DESA) el maniquí de RCP nos lo cedieron tanto en cruz roja de Graus como en el instituto de Ainsa que había adquirido recientemente 4 maniquis de RCP para el grado de deporte, ya que tienen una asignatura dedicada a esta materia.

En cuanto a material de presentación (cañones, ordenador...etc) en cada centro donde estuvimos, nos cedieron este material

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se realizaron encuestas de satisfacción, en las cuales los asistentes valoraron muy satisfactoriamente todas las sesiones realizadas, tanto teóricas como practicas, asi como la adapabilidad de las mismas a los diferentes niveles de los asistentes.

-Evaluando el grado de participación de las instituciones, centros...creemos que para empezar este año se han realizados bastantes sesiones, y algunas con posibles ampliaciones en un futuro

-Las instituciones, colegios, asociaciones... donde se llevaron a cabo las sesiones quedaron satisfechas con ello y con ganas de profundizar más en algunos aspectos.

-Creemos que es un proyecto con futuro, ya que nuevas instituciones y centros, tanto donde ya se han llevado a cabo como los que aún no, se están interesando por la realización de nuevas sesiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración sobre este proyecto en general ha sido muy satisfactoria, creemos que es un proyecto de continuidad y que puede hacer una muy buena labor en nuestra población.

Queda pendiente llegar a más población y más difusión sobre este proyecto

También esta pendiente alguna sesión ya programada para este curso, ya que hemos establecido contacto ya con el AMPA del colegio de Ainsa para realizar varias sesiones a lo largo del curso a los padres de esta asociación.

Por esto mismo creemos que es un proyecto con futuro y que debería ser un proyecto de continuación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/338 ===== ***

Nº de registro: 0338

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0338

1. TÍTULO

REANIMANDO SOBRARBE

Título
REANIMANDO SOBRARBE

Autores:
ARCAS LALIENA ALBA, PERA FERRAZ CARMEN, BAGÜES CASAS SONIA, LOPEZ CALZON PATRICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS AINSA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Dado el escaso conocimiento de la población en este aspecto y la importancia de formar a la gente sobre RCP en la zona y la creciente demanda que nos han hecho llegar desde centros e instituciones hemos creído pertinente realizar un proyecto, con el objetivo de formar al mayor numero de gente posible.

RESULTADOS ESPERADOS
-Máxima difusión de la reanimación cardiopulmonar en el Sobrarbe.
-Iniciar con este proyecto un taller anual de RCP en el Colegio Asunción Pañart y añadirlo a la agenda comunitaria del centro.
-Intentar implantar cursos/talleres anualmente en diversas instituciones y centros de la zona.

MÉTODO
Se han concertado ya dos sesiones en el colegio Asunción Pañart de Ainsa y se ha hablado con otros colegios de la zona (Boltaña, Tierranona, Broto) para la realización del taller.
Se plantea ofertarlo a la asociación de madres, padres y alumnos (AMPA) de los colegios antes citados, así como proponerlo también a cuidadores, profesores y trabajadores en general de los centros.
También hablaremos con la Residencia la Solana de Ainsa para ver si estarían interesados en el taller.
Por otro lado intentaremos ponernos en contacto también con sociedades deportivas de la zona que pudieran estar interesadas (Club de futbol, atletismo....)

INDICADORES
-Realizaremos encuestas de satisfacción una vez acabadas las sesiones (en caso del colegio, a los profesores)
-Evaluaremos el grado de participación de las instituciones y centros.
-Evaluaremos el grado de satisfacción de los activos sociales
-Evaluaremos la promoción y difusión del proyecto.

DURACIÓN
Por el momento hay dos sesiones (5 y 7 de Marzo) en el colegio Asunción Pañar de Ainsa.
El resto del calendario está aún por determinar, a la espera de confirmación por parte de algunos centros y a la espera de contactar con otros.
La evaluación se realizará a final de año, se realizará una reunión con el equipo para valorar el proyecto en sí y su introducción en la agenda comunitaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

Fecha de entrada: 24/01/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1376

Título
ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DATOS CONTACTO EN BDU

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Período de concienciación EAP: 1 semana

Período de implantación: 1 semana

Fecha prevista de inicio: 1/06/2017

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- ***

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 07/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

2- Causas principales del debilitamiento del suelo pélvico.

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

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

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

Ejercicios de kejel.

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

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

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

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

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

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

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

Nº de registro: 1489

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

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 20/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1489

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

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

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

1. TÍTULO

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

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

OBSERVACIONES

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

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 01/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos impreso carteles y folletos informativos y los hemos repartido por los consultorios. A todos los pacientes que acudían al mostrador del Centro de Salud, les explicábamos los beneficios de tener instalada la aplicación, así como a los que nos llamaban por teléfono. Muchos pacientes (sobre todos los más mayores), nos solicitaban instrucciones de uso directamente sobre su móvil, y les explicábamos cómo funcionaba la aplicación y cómo sacarle el máximo provecho. Cuando venían a solicitar una interconsulta para el especialista, les explicábamos que podían ver luego dicha cita en su teléfono incluso antes de que recibieran la carta, por ejemplo... Que podían ver si estaban pendientes de alguna revisión. Y también estamos fomentando que se les recuerde, vía sms (porque la mayoría no tiene dirección de email) que tienen que acudir a una cita con el especialista (AUTORIZACIÓN DE COMUNICACIÓN VÍA SMS). Esto ha reducido el absentismo en Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han reducido a más de la mitad el número de llamadas recibidas en el Centro de Salud para peticiones de cita o consultas de citas de Especializada. En los consultorios locales esto se ha notado aún mas, ya que los pacientes estaban acostumbrados a acudir sin cita, y cada vez más la solicitan tanto a través de la página web como a través del móvil. Esto nos permite realizar tareas (como actualización de historias, bases de datos...) que antes no podíamos realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando disponen de la información necesaria, la mayoría de los pacientes son muy receptivos a las nuevas tecnologías. Aunque seamos un centro con pacientes con una edad media bastante alta, está funcionando mucho mejor de lo que esperábamos. No es un proyecto finalizado, ya que están disponibles nuevos servicios, y seguimos informando a los pacientes sobre dichos servicios. Nuestro objetivo es llegar al 80% de la población. También necesitaríamos nuevos folletos (ya impresos o para imprimir) con los nuevos servicios disponibles tanto en la web como en el móvil.

7. OBSERVACIONES.

Hay nuevos servicios disponibles tanto en la web como en la aplicación del móvil, pero no disponemos de folletos informativos para poder explicarlo a los pacientes.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

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

Autores:
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA. TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro. Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

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

teléfono del Centro de Salud.

2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento de listas de espera... Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada. También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista. Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

MÉTODO

- 1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
- 2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
- 3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
- 4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

INDICADORES

Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado. Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

DURACIÓN

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

Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.

Fecha de inicio prevista: 10/04/2018

Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PINILLA GARCIA LIDYA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hemos seguido imprimiendo carteles y folletos informativos y los hemos repartido por los consultorios y el propio mostrador. A todos los pacientes que acudían al mostrador del propio Centro de Salud, les explicamos los beneficios de tener instalada la aplicación y en la medida de lo posible, y siempre previa petición y/o autorización del paciente, les instalamos la aplicación y les explicamos su funcionamiento y beneficios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La mayoría de las citas ya se solicitan a través de la APP y cada vez es menor el número de pacientes que acuden a la consulta sin cita previa. También ha disminuido el absentismo en Atención Especializada. Esto nos permite realizar tareas (como actualización de historias, bases de datos...) que antes nos resultaba muy difícil realizar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La tecnología es difícil de entender, pero incluso los pacientes de más edad están siendo muy receptivos a este tipo de aplicación. Les ayuda saber que una solicitud de cita con el especialista está pendiente de citar o tienen registrada la cita en su móvil, ya que hasta el momento, los pacientes no lo veían como algo real (sabían que estaban pendientes de una cita, pero no sabían si había demasiada demora, se les había pasado, etc.). De esta forma, pueden controlar perfectamente sus citas y saben si están todavía pendientes de citar o citados.

7. OBSERVACIONES.

Somos uno de los centros en los que, proporcionalmente, más usuarios han solicitado este servicio. Creemos que está funcionando muy bien y los pacientes están muy satisfechos con la información que tienen en sus manos. Aunque se seguirá realizando, ya será de forma residual, ya que la mayoría de la población que tenía posibilidades de utilizar esta aplicación ya lo está haciendo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/285 ===== ***

Nº de registro: 0285

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

Autores:
SORINAS FORNEIS SILVIA, PINILLA GARCIA LIDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: NINGUNA. TODOS LOS PACIENTES
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: EFICIENCIA ADMINISTRATIVA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. La mayoría de la población de nuestro Centro de Salud está en otras localidades y el uso del teléfono de Salud Informa les resulta muy caro. Entonces se produce una saturación en las llamadas para cita previa en el teléfono del Centro de Salud.
2. Muchos usuarios llaman en repetidas ocasiones para preguntar cuándo tienen las citas con el especialista (porque se las dan con mucho tiempo) o no saben si están pendientes de que les llamen. Con esta aplicación, lo tendrían todo controlado. También se evitarían extravíos de citas y los correspondientes absentismos, aumento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0285

1. TÍTULO

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

de listas de espera...

Esto también se vería reflejado en un menor número de llamadas del teléfono del Centro de Salud, que en muchas ocasiones está ocupado y no deja acceso a una posible urgencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Potenciar las alternativas que ha puesto en marcha el SALUD para pedir cita y actualizar los datos de localización: con el PIN en Salud Informa, y en la aplicación móvil para pedir cita y consultar las citas de Especializada. También el envío de "sms" recordando que en 2-3 días van a tener una cita con el especialista. Nuestro proyecto consistiría en que estas nuevas aplicaciones lleguen al mayor número de pacientes posible, de manera que tengan al alcance de su mano más información y más actualizada.

MÉTODO

- 1.- Exponer al resto del EAP las ventajas de estos servicios en una reunión.
- 2.- Elaborar carteles informativos para colgar tanto en consultorios locales como en Ayuntamientos y Farmacias, intentando llegar al mayor número de personas.
- 3.- Elaborar folletos informativos y hacerlos accesibles a la población.
- 4.- Aprovechar las gestiones que los usuarios vienen a realizar al Centro de Salud o las llamadas telefónicas para ofertarles tanto la aplicación como las posibilidades de la Web.

INDICADORES

Anualmente, solicitaremos a BDU el número trámites que hemos realizado en "AUTORIZACIONES DE COMUNICACIÓN" y números de "SOLICITUD DE PIN" que se han realizado. Esperamos un incremento de un 15-20% en cada uno de ellos.

DURACIÓN

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

Responsable implantación: SILVIA SORINAS FORNIES.

Fecha de inicio prevista: 10/04/2018

Fecha de finalización del proyecto: indefinido.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE BEATRIZ PALACIN ELTORO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PORQUET GRACIA HELGA
VILLAS SENDER MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas se centraron básicamente en dos: una consulta monográfica y charlas en los colegios. Los pacientes que cumplían los requisitos (IMC superior a 25, con alguna alteración en su analítica y predispuestos a cambiar sus hábitos) fueron seleccionados. A estos se les realizaba una primera consulta para poder valorar, cambiar hábitos y realizar dietas personalizadas.

En cuanto a la otra actividad se habló con los diferentes colegios que abarca nuestro centro de salud y se concretaron fechas para realizar charlas sobre alimentación con los niños y otras con los cuidadores. Estas últimas estaban abiertas a todo el público.

Se trabajo con power point y muestras de alimentos para los más pequeños: trigo sarraceno, quinoa,...

En cuanto al calendario lo han ido marcando los colegios según la materia que estudiaban en ese momento o el proyecto que estaban dando.

Los pacientes de las consultas monográficas fueron seleccionados por los profesionales de cada consultorio y en cuanto a la otra actividad tras ponernos en contacto con los colegios ellos informaron a los padres. En caso de que los profesores considerarán que el aforo iba a ser escaso, se notificó al ayuntamiento para que lo pregonarán.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a las charlas en los coles, se pasaron dos encuestas una para los profesionales de la educación y otra para los cuidadores de los niños.

Ambos grupos creían que era un tema importante que se debía tratar. Los profesores destacaron la importancia de que alguien externo al centro educativo y sanitario hablará de este tema.

En cuanto a los cuidadores destacaron la necesidad de apoyo en este tema ya que a veces por la edad de sus hijos o familiares no coinciden con revisiones hasta dentro de un tiempo.

En cuanto a las consultas monográficas valoramos los resultados que fueron positivos (pérdida de peso) en la mayor parte de los pacientes. Algunos abandonaron ya que referían que hay épocas del año en las cuales es imposible hacer dieta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto lo valoramos positivamente ya que nos ha hecho crear un vínculo con los colegios viendo los posibles puntos en los que podemos trabajar en un futuro. Debido a que en nuestro centro la consulta de pediatría esta muy saturada los cuidadores agradecían el trabajar el aspecto de los hábitos higienico-dietéticos con tranquilidad.

En cuanto a la consulta monográfica, pacientes no incluidos en el proyecto mostraron ganas por entrar debido a los buenos comentarios de los que teníamos. Ya que al ser consultas semanales o quincenales el seguimiento era mucho más personalizado.

A destacar un aspecto negativo de este proyecto y es la falta de tiempo para poder desarrollarlo. Las actividades se han desarrollado pero sin poder profundizar en ellas por el escaso tiempo disponible.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/321 ===== ***

Nº de registro: 0321

Título
BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DE SOBREPESO Y OBESIDAD

Autores:
PALACIN ELTORO BEATRIZ, PORQUET GRACIA HELGA, VILLAS SENDER MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0321

1. TÍTULO

BUENOS HABITOS EN LA ALIMENTACION DESDE LA INFANCIA HASTA LA EDAD ADULTA. PREVENCION DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a que los porcentajes de obesidad y sobrepeso están aumentando desde la infancia y los adultos cada vez tienen más enfermedades cardiovasculares relacionadas con malos hábitos en la alimentación, se decidió trabajar estos desde las edades más tempranas.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Adquisición de buenos hábitos higienico-dietéticos desde la primera infancia.
2. Solucionar dudas y falsos mitos a los cuidadores en la introducción a la alimentación complementaria
3. Mejorar el conocimiento de los distintos grupos de alimentos entre los niños de 3-12 años
4. Fomentar dietas saludables en los niños de 3-12 años
5. Mejorar el IMC de la población adulta con factores de riesgo cardiovascular

6.

MÉTODO

1. Se realizará educación grupal con los niños en los diferentes colegios mediante charlas sobre los distintos grupos de alimentos, dando una mayor importancia a los de cercanía y temporada. Se realizarán 4 charlas a lo largo del año escolar en cada uno de los colegios que pertenecen a este centro de salud.
2. Se hará una charla destinada a gestantes y cuidadores de niños de 0-12 meses en la que se hablará sobre la lactancia materna, lactancia artificial, lactancia mixta y la introducción de los alimentos. Se realizará la charla cada 6 meses.
3. En los diferentes pueblos que abarca este centro de salud se harán charlas sobre alimentación saludable, etiquetado y la información engañosa que muchas veces nos aporta la publicidad. Se realizará una en cada pueblo y según las demandas de la población se valorará incrementar el número.
4. Dos días a la semana se hará una consulta monográfica para perder peso y mejorar hábitos higienico-dietéticos. Esta irá destinada a la población adulta que cumpla criterios de sobrepeso u obesidad y este motivada a realizar el cambio en la alimentación.

INDICADORES

La evaluación a los niños se realizará mediante una rúbrica al final del curso escolar y la de los adultos se hará valorando los resultados de IMC y analíticos en los pacientes que acudan a la consulta monográfica. En cuanto a los que acudan a las charlas se les administrará un cuestionario para que valoren la información recibida.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1 de mayo del 2018 con la apertura de la consulta monográfica y durará hasta el 31 de mayo del 2019 cuando se finalicen las actividades en los colegios. La consulta se iniciará el mes de mayo al igual que las charlas con los adultos y todo el trabajo llevado a cabo con los niños se hará durante el período escolar 2018-2019

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 - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Fecha de entrada: 20/02/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN ELTORO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Búsqueda activa de pacientes predispuestos a mejorar su salud y con capacidad cognitivo-conductual para integrar aprendizaje de sesiones.
Total 20 personas con sus parejas.
-4 sesiones de 1:30h los martes a las 10h durante el mes de Mayo con apoyo power point sencillo donde se ve lo especificado en proyecto tal cual estaba previsto.
-Prácticas de ejercicios de fisioterapia respiratoria diafragmática y de uso de inhaladores.
- TEST previo de valoración de conocimientos y percepción estado de su salud y test final para comprobar aprendizaje.
-Encuesta básica de valoración taller de sesiones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 20 pacientes, 3 abandonan en segunda sesion.
De los 17 los que siguen el taller completo están satisfechos y mejoran en uso de inhaladores, la respiración y relajación la llevan a cabo satisfactoriamente, conocen signos y sintomas de alarma para urgencia, aprenden sobre cómo llevar una alimentación adecuada y estilo de vida favorecedor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP concluye que una educacion grupal favorece la motivación del paciente a aceptar su enfermedad y a valorar la importancia de llevar a cabo hábitos que favorecen mantener la salud.
Hacemos hincapié en seguimiento individual continuo y educar con refuerzo positivo.
Los pacientes hombres que tienen pareja y delegan en ella han tomado conciencia de su estado de salud y refieren querer hacerse cargo en lo referente a su cuidado como el tratamiento inhalatorio, paseos saludables, vigilancia de sus síntomas, en definitiva responsabilizarse de lo que le ocurre cuando enferma y actuar para curarse con actitud de mejora y ánimo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/326 ===== ***

Nº de registro: 0326

Título
EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad repiratoria inflamatoria, prevencion y control de sintomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

responsabilidad de enfermería.

Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión) tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudización, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando más tiempo y atención desde nuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.

El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crónica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptando la circunstancia de la forma más positiva posible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocimiento de enfermedad crónica, información general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educación.

-Signos y síntomas de la agudización y cómo actuar ante ella.

- Instruir en cada sesión sobre prevención con hábitos saludables: alimentación, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitación respiratoria, deshabitación tabáquica, técnicas de relajación con respiración abdominal/ diafragmática, escucha activa.

Que el pte y acompañante que conviven en el domicilio familiar estén informados y sin dudas respecto de la actuación ante la enfermedad. La información es poder.

Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.

Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desgracia.

MÉTODO

Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.

Evaluación de situación y de las necesidades. Puesta en marcha del proyecto. Criterios de selección.

Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesión.

Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionamos enfermos crónicos y pareja según criterio diagnóstico previo de EPOC O ASMA CRÓNICA, todos con espirometría realizada y seguimiento difícil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Serán llamados por el personal y citados a educación grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.

Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.

Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayuntamiento con proyector para visualización power point.

INDICADORES

Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y selección. Fuente y registro en OMI.

Encuesta inicial con datos personales.

Test de evaluación final y resolución de dudas.

Prácticas en 2ª sesión sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.

Prácticas sobre respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.

Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educación a fruos con EPOC.

Triptico en color sobre actuación antes signos y síntomas.

Información resumida en cada sesión.

Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energía y ejercicios.

Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.

Taller de inhaladores con material práctico con los actuales.

Taller respiración diafragmática.

Técnica de relación muscular de Jacobson.

Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.

Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

DURACIÓN

Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.

La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.

Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.

La agenda se ocupará con la consulta con educación grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

OBSERVACIONES

Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

**EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:
EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA**

amena por eso el pwer point es sencillo corto.

Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ANA ISABEL GRAU BARRULL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PALACIN ELTORO BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PASEOS UNA VEZ POR SEMANA DE 45´DE DURACION ACOMPAÑADOS POR MEDIO Y /O ENFERMERA EN LA LOCALIDAD DE OSSO DE CINCA. SE DISMINUYÓ LA PERIODICIDAD DEBIDO A LAS COMPLICACIONES SURGIDAS DURANTE EL PERIODO ESTIVAL (VACACIONES, DOBLAJES....)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
CONSEGUIMOS IMPACTO EN CUANTO A CONVOCATORIA DE POBLACION, SE MOTIVÓ A UN BUEN NUMERO DE PERSONAS, ALGUNAS DE LAS CUALES NO TENIAN EL HÁBITO PREVIO DE CAMINAR

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION GLOBAL ES MUY POSITIVA, SE CONSIGUE MOTIVAR A CAMINAR Y A REALZIARLO EN GRUPO CON MEJORA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES, CONTACTO CON LA NATURALEZA E INDIRECTAMENTE MEJORANDO EL RIESGO CARDIOVASCULAR. QUEDA PENDIENTE CONSEGUIR QUE SE MANTENGA EL HÁBITO SIN EL ACOMPAÑAMIENTO DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO, PERO EL PROYECTO SERIA FACILMENTE REPETIBLE ANUALMENTE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/555 ===== ***

Nº de registro: 0555

Título
PASEOS SALUDABLES

Autores:
GRAU BARRULL ANA ISABEL, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: contacto medioambiente, mejora salud fisica y mental

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta la tendencia al sedentarismo en la población, la desmotivación a caminar de forma individual, lo cual repercute negativamente en el control de factores de riesgo cardiovascular así como en el marcado deficit de vitamina D que se detecta en este grupo de población. Consideramos que puede ser beneficioso a nivel de control de peso, tensión arterial, niveles de vitamina D y sobre todo en el aspecto comunitario motivando a la población en la realización de ejercicio físico al aire libre.

RESULTADOS ESPERADOS
Se dirige a toda la población, especialmente intentaremos captar a aquellos con otros factores de riesgo cardiovascular.

MÉTODO
Se plantearan dos salidas semanales (miercoles y viernes) de 45 minutos al inicio de la jornada laboral. Informaremos previamente en consulta y se publicitará a través del Ayuntamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0555

1. TÍTULO

PASEOS SALUDABLES

INDICADORES

Se planteará una encuesta de satisfacción al finalizar la actividad

DURACIÓN

Jornadas de 45 minutos, miércoles y viernes durante 6 meses a realizar por los alrededores de Osso. Previsto se inicie en Junio 2018

Carteles informativos en el Ayuntamiento, centro social y Consultorio de Osso de Cinca.

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 - 2019/0182

1. TÍTULO

PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE CARLOS PARDO VAQUERO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARCEN BENEDICO TATIANA
LOPEZ ESPOLIO MARTA
AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER
ARNAL CALVO BLANCA
MORERA TARDOS MARIA PILAR
PORQUET GRACIA HELGA MARIA
GARCIA FERNANDEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se impartieron 2 charlas, una en la residencia de Belver de Cinca y otra en el centro de mayores de Albalate de Cinca.

Se cumplió el calendario establecido en el plan inicial

Se empleó un ordenador y un proyector. Se elaboró varios power point para impartir las sesiones

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

el proyecto tuvo gran acogida y seguimiento por parte de la población y personal de la residencia asistente, consiguiendo mejorar los conocimientos tanto teóricos como prácticos del cuidado de estos pacientes y de los propios cuidadores.

Todo el proyecto impartido se ha basado en la búsqueda de material bibliográfico actual y en la evidencia científica

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que ha sido muy útil y así nos lo hicieron saber la mayor parte de los asistentes pero sería adecuado impartir más charlas para recordar y reforzar los conocimientos y nos permitiera llegar a más población (dar charlas en más pueblos).

El coste económico del proyecto ha sido nulo (inversión en tiempo de preparar el material), solo hemos gastado en gasolina en los desplazamientos al centro de salud y a los lugares donde se impartieron las sesiones

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/182 ===== ***

Nº de registro: 0182

Título
PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

Autores:
PARDO VAQUERO CARLOS, MARCEN BENEDICO TATIANA, LOPEZ ESPOLIO MARTA, AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER, ARNAL CALVO BLANCA, MORERA TARDOS MARIA PILAR, PORQUET GRACIA HELGA MARIA, GARCIA FERNANDEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido al envejecimiento de la población en la zona, ha habido un aumento de casos de demencia que requieren cuidados y educación sanitaria para los cuidadores habituales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0182

1. TÍTULO

PROBLEMAS COMUNES Y CUIDADOS BASICOS PARA EL PACIENTE Y EL CUIDADOR EN LA DEMENCIA

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad vida de estos pacientes y de los cuidadores.

Esta formación esta orientada hacia los cuidadores de las residencias y cuidadores en general de estos pacientes

MÉTODO

Sesión formativa de 1 hora de duración donde se expondrá con soporte informático, el material a impartir

Se realizará en un espacio público facilitado por el ayuntamiento del pueblo en cuestión.

INDICADORES

Realizaremos entrevistas individualizadas a los cuidadores para valorar las necesidades individuales y grupales que presenta este grupo de población.

DURACIÓN

Se realizaran los lunes de Mayo varias sesiones dependiendo de la acogida que tenga en los diferentes núcleos de población.

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 - 2019/0185

1. TÍTULO

CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE TATIANA MARCEN BENEDICO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS ALBALATE DE CINCA
· Localidad ALBALATE DE CINCA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PARDO VAQUERO CARLOS
LOPEZ ESPOLIO MARTA
AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER
ARNAL CALVO BLANCA
MORERA TARDOS MARIA PILAR
PORQUET GRACIA HELGA MARIA
GARCIA FERNANDEZ ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron dos sesiones formativas.

Una sesión se realizó en la residencia de ancianos Nuestra Señora de Pilar en Belver de Cinca. En dicha sesión se convocó al personal de la residencia, y se trató de forma más profesional el tratamiento de los pacientes encamados, se explicaron signos de alarma en piel para evitar la aparición y/o empeoramiento de úlcera, se expuso la forma de evitar la aparición de ellas con técnicas de hidratación, nutrición, protección local, ... y se realizó un taller explicativo de cambios posturales y medidas posicionales para evitar la aparición de úlceras. La segunda sesión se realizó en un centro del ayuntamiento de Albalate de Cinca, esta sesión se dirigió a la población general, haciendo llamamiento especial a personas cuidadoras de pacientes encamados. En dicha sesión se expusieron los mismos contenidos que en la anterior, pero adaptada a la población, haciendo especial hincapié en los signos de alarma en piel y en favorecer los cambios posturales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la residencia de ancianos, se han mejorado los protocolos de cambios posturales y observación de zonas de riesgo de úlceras, pautando unas normas diarias en la movilización de los pacientes. Con esto se ha conseguido, especialmente, el aumentar la alerta entre personal auxiliar para avisar a personal de enfermería en situaciones de riesgo y así evitar aparición de úlceras o empeoramientos de la ya existentes. A nivel de la población general, se ha conseguido que los cuidadores tengan unas indicaciones que seguir para mejorar la calidad de vida del paciente encamado y reconozcan lesiones en piel que pudieran derivar en úlceras. Lo cual al cuidador le da más seguridad en sí mismo y en las actuaciones que realiza sobre el paciente encamado. Dada la naturaleza de la sesión es difícil cuantificar la mejora de la situación de los pacientes, aunque de forma subjetiva, en entrevistas a cuidadores se observa mejoría de satisfacción a nivel del cuidador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la realización de las sesiones informativas, tanto a nivel profesional, como a la población general, hemos llegado a la conclusión de que la valoración ha sido satisfactoria, ya que en una zona rural, como en la que se ha realizado, la población general tiene dificultades para formarse. Y en estas zonas donde la población ha envejecido y cada vez hay más pacientes encamados, se necesitan realizar labores de formación a los cuidadores, enseñándoles labores básicas y prácticas que mejoren la calidad de vida del paciente y la seguridad en el cuidador de que está realizando una labor adecuada. Dada la buena acogida de la población, desde el centro de salud se estudia la posibilidad de incluir en "Agenda Comunitaria".

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/185 ===== ***

Nº de registro: 0185

Título
CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

Autores:
MARCEN BENEDICO TATIANA, PARDO VAQUERO CARLOS, LOPEZ ESPOLIO MARTA, AGUAVIVA BASCUÑANA JESUS JAVIER, ARNAL CALVO BLANCA, MORERA TARDOS MARIA PILAR, PORQUET GRACIA HELGA MARIA, GARCIA FERNANDEZ ANDREA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0185

1. TÍTULO

CUIDADOS BASICOS EN PACIENTE ENCAMADO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: alteración de la integridad cutánea
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido al envejecimiento de la población, esta aumentando el numero de pacientes encamados que requieren cuidados especiales, por lo que creemos es necesario impartir esta sesión grupal

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de los cuidados a este tipo de pacientes y prevenir las complicaciones derivadas del encamamiento
Aumentar los conocimientos de los cuidadores sobre la movilización de pacientes e higiene postural.

MÉTODO
Sesión formativa de 1 hora de duración con ejercicios prácticos de movilización del paciente

INDICADORES
Se realizará una entrevista individualizada a la población participante para valorar sus conocimientos
Se realizarán también una parte práctica sobre movilización de pacientes y de cuidados generales de la piel

DURACIÓN
La sesión tendrá una duración de 1 hora a impartir en mayo, el número de sesiones dependerá de la acogida por parte de la población.

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 - 2019/0265

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

Fecha de entrada: 27/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se solicitó a todos los consultorios la entrega en Admisión de las HC de los pacientes fallecidos, lo cual se realizó progresivamente durante el año 2019, debido al volumen acumulado en algunos consultorios locales. Se ordenaron alfabéticamente todas las HC respetando la separación por localidades. Como el volumen de documentos era importante (no se habían traído nunca historias de fallecidos nunca de otros consultorios al Centro de salud), se redistribuyó el espacio en la sala de archivo del Centro de Salud, siendo el resultado muy positivo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todas las HC de los pacientes fallecidos se han trasladado a la Sala de Archivo del Centro de Salud. Se habilitaron varios cajones archivadores para ubicarlas y tenerlas bajo custodia respetando las medidas de seguridad imprescindibles para ello. Se ordenaron alfabéticamente, y se procedió a su archivo, ubicando las historias de cada localidad en un archivador diferente, para facilitar su localización en caso necesario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tener las historias juntas facilita su control y localización; además libera de espacio a los consultorios locales que estaban acumulando demasiadas HC sin tener un sitio destinado para este uso. Esta actividad hay que seguir realizándola mientras haya HC en papel, para lo cual se ha creado un circuito que ya está comprobado que funciona perfectamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/265 ===== ***

Nº de registro: 0265

Título
ORGANIZACION HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

Autores:
SORINAS FORNIES SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Todas las historias de los éxitus están repartidas por los Consultorios Locales, los cuales no disponen de mucho espacio para ello y provoca dispersión de estas historias.

RESULTADOS ESPERADOS
Tener centralizadas y ordenadas todas las historias clínicas de los éxitus, debidamente ordenadas, en el Centro de Salud.

MÉTODO
- Contactar con todos los consultorios locales para que nos traigan sus historias.
- Adaptar unos archivadores que actualmente están fuera de uso para que contengan dichas historias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0265

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN HISTORIAS EXITUS C.S. ALBALATE DE CINCA

- Ordenar alfabéticamente dichas historias y proceder a su archivo y custodia en el Centro de Salud.

INDICADORES

Comprobar que todos los Consultorios han traído sus historias y están debidamente ubicadas en el Centro de Salud.

DURACIÓN

Indefinido. En un principio nos traerán todas las historias de fallecidos que tengan y posteriormente irán trayendo las de los pacientes que vayan falleciendo. La próxima semana solicitaré que me traigan las historias de un consultorio, y cuando acabe de acomodarlas aquí debidamente ordenadas, lo haré con otro consultorio y así sucesivamente hasta completarlos todos. Este tema fué ya comentado en una reunión del EAP y todos estuvieron de acuerdo en su necesidad. La responsable de la implantación seré yo, como Auxiliar Administrativa del Centro de Salud de Albalate de Cinca.

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 - 2016/0556

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 31/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0556

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

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

PROBLEMA

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

1. TÍTULO

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

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 15/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

*INDICADORES:

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Percibimos que la satisfacción entre profesionales y usuarios es alta.

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

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

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

Nº de registro: 0574

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

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

1. TÍTULO

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

Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)

Otro Tipo Patología: Todas patologías

Línea Estratégica : Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

Familiar cuidador principal de paciente dependiente.

Requisitos éticos:

Que haya existido consulta presencial previamente.

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

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

Que exista código de identificación.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos de la Actividad:

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

Optimizar la carga asistencial en las consultas de Atención Primaria.

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

MÉTODO

Profesionales sanitarios y Servicio de Admisión.

Elaboración de flujograma del proceso.

Curso de formación a los profesionales implicados.

Carteles informativos del Servicio a los pacientes.

Adecuación de las agendas de los profesionales participantes.

Encuesta de satisfacción.

Captación, circuito, organización del proceso:

La captación se realizará mediante carteles informativos del nuevo Servicio.

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

El circuito será el siguiente:

Verificar si cumple criterios de admisión.

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

Comprobar si está el profesional asignado.

Citar en hueco CNP.

INDICADORES

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

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

Grado de satisfacción del profesional con el proceso.

Evaluación semestral.

Realización de una sesión de formación: SI/NO

DURACIÓN

Elaboración de flujograma en diciembre.

Curso de formación a los profesionales en enero 2017.

Carteles informativos a los pacientes en febrero 2017.

Adecuación de las en febrero de 2017.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

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

1. TÍTULO

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

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Fecha de entrada: 15/02/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0581

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

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

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

1. TÍTULO

MEJORA DEL DIAGNOSTICO DEL PACIENTE EPOC INTERVENCION GLOBAL SOBRE EL TABAQUISMO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

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

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

PROBLEMA

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 12/02/2018

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

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

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

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

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

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

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

Nº de registro: 0711

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

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

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

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

1. TÍTULO

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

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

Fecha de entrada: 27/02/2019

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

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

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

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

Este guía se entrega a todos los enfermeros del Centro.

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0711

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

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

1. TÍTULO

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

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

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

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

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

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

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

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/02/2018

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

? Se ha elaborado Hoja Instrucciones al Paciente.

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

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

? se ha explicado al EAP la organización de la consulta

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

El 80% de los registros son patológicos.

El 10% fenomeno de bata blanca.

El 45% son no DIPPER

El 10% DIPPER extremo.

El 10% RISSER.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

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

Estandarizar los informes.

Los registros de las actividades del paciente durante la exploración.

Los registros en EXCEL de las características del paciente.

Sesiones de formación.

Colaborar en la implementación en otros centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 0970

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

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

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

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

PROBLEMA

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

Actualmente en el Centro de Salud hay profesionales con formación (FOCUSS) para poder realizar la prueba en AP. Para ello se plantean los siguientes objetivos:

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

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

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

1. TÍTULO

IMPLANTACION EXPLORACION MAPA EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

INDICADORES

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

DURACIÓN

- Sesiones de formación primer trimestre 2017.
- Aprobar el protocolo y difusión en EAP primer trimestre 2017
- Definir flujogramas .
- Crear agenda y consulta específica de medicina y enfermería segundo trimestre de 2017.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora semestralmente.
- Implantación progresiva en varios centros de salud segundo semestre 2018.

?
?
?

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Fecha de entrada: 12/01/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes:

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1550

Título
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

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

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.

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

Objetivos de la Actividad:

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

MÉTODO

Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.

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

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

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

Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.

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

Recordatorio test (ANEXO II)

Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:

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

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

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

INDICADORES

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

-Nº de cuidadores asistentes al curso (proporción)

-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)

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

DURACIÓN

El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:

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

-Presentación del Proyecto al equipo

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

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

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

-Evaluación de resultados.

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

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

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

*** ===== **

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

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 11/01/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

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

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

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

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

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

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

-Continuaremos formando en disfagia orofaríngea durante el presente año.

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

Nº de registro: 1550

Título
ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARINGEA

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

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

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

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

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

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

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana:

Personas institucionalizadas en residencias.

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

Objetivos de la Actividad:

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

MÉTODO

Captación, circuito, organización del proceso:

Cuidadores de residencia, enfermería y medicina de Atención Primaria.

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

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

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

Se impartirá por las enfermeras de dicha actividad comunitaria.

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

Recordatorio test (ANEXO II)

Elaboración de registro de pacientes con disfagia.

Recursos humanos y materiales:

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

Cuidadores de residencia.

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

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

INDICADORES

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

-Nº de cuidadores asistentes al curso (proporción)

-Nº de familiares asistentes al curso (proporción)

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

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

1. TÍTULO

ABORDAJE EN CUIDADOS AUXILIARES EN PERSONAS INSTITUCIONALIZADAS CON DISFAGIA OROFARÍNGEA

DURACIÓN

El proyecto dara comienzo en el último trimestre de 2017:

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 12/01/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACION

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

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

RESULTADOS ESPERADOS

GENERAL

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

ESPECIFICOS:

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

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

La población diana incluye los siguientes criterios de inclusión:

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

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

MÉTODO

METODOLOGIA

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

INDICADORES

INDICADORES

- 1- Nº de profesionales asistentes al taller/ Nº de profesionales del Centro (Médicos y Enfermeras)
- 2- Mejorar en la adhesión al tratamiento y en el manejo de inhaladores, Nº de pacientes que mejoran el uso de los inhaladores tras la educación grupal/ Nº total de pacientes incluidos en el programa

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

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

1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizarán desde julio a octubre del 2017

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

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

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

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

7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/02/2019

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
JUSTIFICACION

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

RESULTADOS ESPERADOS
GENERAL

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

ESPECIFICOS:

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

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

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

MÉTODO

METODOLOGIA

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

INDICADORES

INDICADORES

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

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

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

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

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017

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

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

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

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

7º EVALUACION RESULTADOS (de enero a abril 2018)

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

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

*** ----- **

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

Fecha de entrada: 26/02/2020

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1553

Título
EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

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

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA JUSTIFICACION

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

RESULTADOS ESPERADOS GENERAL

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

ESPECIFICOS:

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

Población diana (AMBITO DE ACTUACION)

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

MÉTODO

METODOLOGIA

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

INDICADORES

INDICADORES

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

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

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

1º ELABORACION PLAN DE FORMACION Y PREPARACION DE LAS SESIONES

2º- PRESENTACION AL EQUIPO DEL PROYECTO

Estos 2 puntos se realizaran desde julio a octubre del 2017

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

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL A PACIENTES CON EPOC

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

OBSERVACIONES

Antigua línea: EPOC

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la reunion de equipo para explicar en qué consiste el taller, cada responsable del cupo busca los 4 pacientes que serías mas aptos para recibir la educacion grupal.
Llamo personalmente a cada uno de ellos y explico detalladamente en que consiste el taller y cada sesion.
Se realiza una encuesta que deberan responder y que está destinada a evaluar los conocimientos en general sobre el EPOC, EL ÚLTIMO DÍA SE REPASA.
Todos deben tener espirometría reciente hecha.
Se ven y repasan los power point que hay de la formación de FOCUSS para cada día y se imprimen las hojas con informacion escrita para cada sesion, la primera de signos y sintomas de alarma, la segunda de técnicas de ahorro de energía, una tercera de alimentación y ejercicio recomendado básico compatible con pacientes de 66 a 85 años con buen estado fisico aunque con obesidad alguno de ellos; y una cuarta hoja de información con técnicas de ahorro de energía con consejos generales y de buen uso de inhaladores.
Diploma acreditativo de curso-taller superado.
Investigación en técnica de relajación- respiración diafragmática y formación en ejercicios prácticos de respiración y exhalación con labios fruncidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se cumple con las expectativas de asistencia al 50%, de 20 ptes (4 ptes por cada cupo) admiten querer participar, estan muy interesados, 10 pacientes aunque finalmente vienen 8, y 5 de ellos con acompañante.
Como son 8 pacientes, valoro numericamente del 0 al 8 en grupo, por ejemplo, si todos lo han conseguido es 8 la valoracion si sólo 3, puntúo 3.

Indicadores:

1. Aumento de conocimientos básicos sobre EPOC y conciencia de su enfermedad crónica: 8
2. Manejo por parte de los acompañantes/ pareja/ propio paciente de los signos y signos de alarma que son importantes para avisar a servicio de urgencias o actuar en domicilio actuando correctamente para aliviar sintomas: 8
1. Buen uso de inhaladores y cámara. Oxigeno domiciliario Y CEPAP: 8
2. Informacion actualizada sobre alimentos procesados y ultraprocesados y alimentos saludables.: 7
3. Dejar de fumar, fumaba 2 y dejande fumar los 2.
4. Conocimiento sobre técnicas de relajación para momentos de exacerbacion: 7
5. Realizacion correcta sobre respiracion diafragmática y jacobson: 3
6. Ejercicio aeróbico diario de 30 min mínimo para mantener fondo físico y aumento de tono muscular con ejercicios de fuerza específicos: 3
7. Conciencia de revision semestral en consulta de enfermería si hay dudas sobre tratamiento de la enfermedad.
8. Administración de vacuna Neumococo 23 por protocolo vacunacion adultos actualizado en junio de 2019 además de la antigripal: 8
9. Expulsion de secreciones y técnica de clapping correcta.
10. No tener infecciones respiratorias: 3

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización del taller ha sido fácil a pesar de que hay que coordinar la disponibilidad del personal y de los pacientes, de 9:30 a 11h es buena hora y solo 4 dias al mes, dos meses al año, es posible llevarlo a cabo.
Este taller se realizó en 2018 y los pacientes eran mas mayores, encuentro mayor dificultad para informar de la importancia de mantener los hábitos saludables pertinentes y que evitan la exacerbación y las complicaciones como infecciones respiratorias graves/ neumonía.

Con pacientes de entorno a 70 años es más fácil transmitir e integrar formación y consejos que con mayores de 80 años.

Nuestra formación como profesionales y actualización en investigaciones y estudios de metaanálisis actuales es muy positivo para mantener motivación y hacer adecuada la transmisión de consejos y educación para la consulta particular. La educación en grupo es muy positiva para su concienciación y empatía para con la pareja/paciente y la interacción del mantenimiento de rutina aconsejada para mantener la enfermedad sin complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

Se incluyó en el acuerdo de gestion de 2019 del Centro de Salud de Albalate de Cinca porque en mi anterior contrato yo estaba allí.

El primer año de realizacion, 2018 estaba incluida Beatriz Palacin Eltoro, en el 2019 no la incluyo porque no pudo participar ya que se encontraba de baja por maternidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/326 ===== ***

Nº de registro: 0326

Título
EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

Autores:
PORQUET GRACIA HELGA, PALACIN ELTORO BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS ALBALATE DE CINCA

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los consejos sobre Conocimientos sobre la enfermedad respiratoria inflamatoria, prevención y control de síntomas, aspectos importantes del tratamiento, y seguimiento en general una vez diagnosticado, es responsabilidad de enfermería.

Dado el gran número de pacientes que a causa de su situación social característica (edad, viudedad, crónico complejo, depresión) tienen dificultades para llevar a cabo los cuidados o se encuentran incapaces por falta de voluntad de llevar su enfermedad con buena actitud ante la agudización, es motivo de reconducir o retransmitir de otra manera esta información sobre hábitos básicos esenciales dedicando mas tiempo y atención desde nuestra parte en esta nueva intervención pero de forma grupal.
El paciente aprenderá a gestionar mejor su enfermedad crónica para mejorar su rutina diaria y convivir aceptando la circunstancia de la forma mas positiva posible.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocimiento de enfermedad crónica, información general al pte. y a la pareja que le acompaña y forma parte de la educación.

-Signos y síntomas de la agudización y cómo actuar ante ella.

- Instruir en cada sesión sobre prevención con hábitos saludables: alimentación, ahorro de energía en actividades rutinarias, sexualidad, puesta en marcha del ejercicio físico, uso de inhaladores, rehabilitación respiratoria, deshabitación tabáquica, técnicas de relajación con respiración abdominal/ diafragmática, escucha activa.

Que el pte y acompañante que conviven en el domicilio familiar estén informados y sin dudas respecto de la actuación ante la enfermedad. La información es poder.

Dar atención suficiente en entorno de aprendizaje relajado para que tomen conciencia y se responsabilicen de su vida ante las complicaciones.

Que los pacientes empaticen entre ellos con el consuelo de la enfermedad que afecta a muchos por desgracia.

MÉTODO

Reunión de 1 hora donde se analiza circunstancia actual sobre enfermedad crónica EPOC.

Evaluación de situación y de las necesidades. Puesta en marcha del proyecto. Criterios de selección.

Charla informativa con Power point resumiendo objetivos, ventajas y plan de actuación y cómo va a tratarse la información en cada sesión.

Cada cupo de cada zona rural es revisado por su MAP Y EAP correspondiente, participamos todos, Alcolea de Cinca, Ontiñena, Albalate de Cinca, Belber de Cinca y Osso de Cinca y seleccionan enfermos crónicos y pareja según criterio diagnóstico previo de EPOC O ASMA CRONICA, todos con espirometría realizada y seguimiento difícil por circunstancias varias que no acuden a consulta y sin embargo enferman repetidas veces. Edad comprendida entre 65 y 85 años sin deterioro cognitivo avanzado. Serán llamados por el personal y citados a educación grupal con consentimiento previo en consulta individual argumentando necesidad de recibir este curso.

Se realiza en espacio amplio y para un máximo de 30 personas.

Se realizarán 4 sesiones, una a la semana de 1:30 min de duración en un espacio público del ayuntamiento con proyector para visualización power point.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0326

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL DE CONVIVENCIA CON LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS MAS FRECUENTES: EPOC/ASMA/BRONQUITIS CRONICA

INDICADORES

Entrevista personal en consulta individualizada para evaluación de conocimientos y seleccion. Fuente y registro en OMI.
Encuesta inicial con datos personales.
Test de evaluacion final y resolución de dudas.
Prácticas en 2º sesion sobre inhaladores con los suyos, deben traerlos.
Prácticas sore respiración abdominal y técnicas de relajación, habrá dos camillas. Evaluación in situ de técnicas.
Lo impartimos dos enfermeras, yo como responsable con la formación FOCUSS sobre educacion a fruos con EPOC.
Triptico en color sobre actuacion antes signos y sintomas.
Información resumida en cada sesión.
Folio con datos de hábitos saludables más importantes en alimentación, ahorro de energñia y ejercicios.
Test sobre conocimientos al inicio y otro de evaluación final.
Taller de inhaladores con material practico con los actuales.
Taller respiración diafragmática.
Tecnica de relacion muscular de Jacobson.
Valoración final de conocimientos y diploma de asistencia final a todos con observaciones si precisa sobre impresiones de las educadoras para actitud ante el cambio de hábitos.
Incidencia y prevalencia de la enfermedad.

DURACIÓN

Una primera ronda se hará los martes de Mayo de 9:30 a 11h.
La segunda ronda en Octubre, pendiente de confirmar.
Al estar en la zona rural 2 de los 5 EAP son los educadores y deben ser sustituidos por el personal ante urgencias en esas horas.
La agenda se ocupará con la consulta con educacion grupal y completará con los nombres de los miembros asistentes.

OBSERVACIONES

Se espera asistencia y compromiso de los pacientes, una vez han asistido se busca llevarlo a cabo de forma amena por eso el pwer point es sencillo corto.
Tecnicas de entretenimiento y distracción, proyección, ejercicios practicos, y preguntas, dejarles expresarse.

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 - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA LUEZA LAMPURLANES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOHORQUE BATLE SOLANGELINA
COSCULLUELA MORA MARIA
MIRANDA OLIVAR TRINIDAD
LIZANDRA RALUY RAFAEL
TORRES CLEMENTE ELISA
BLASCO OLIETE MELITON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realiza una sesion de presentacion del proyecto en el primer semestre de 2018. se explica como y que datos recoger en la atencion a estos pacientes.
Se prepara y se organiza un maletin para la atencion del paciente paliativo, con la medicacion que se usa en la via subcutanea, para tratamiento de sintomas, asi como las vias y los infusores necesarios.
se plastifica la guia para el uso de la via subcutanea, y se incluye en el maletin.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

32 paciente se identifican como paliativos por el equipo de soporte de atencion primaria (ESAD)en el cs de Barbastro en este periodo.

1°INDICADOR: paliativos esad/ total paliativos= 0%

Solo 17 de estos pacientes se identifican como paliativos en el programa de OMI-AP, osea 15 han sido atendidos,solo por el ESAD:15/32=47%

(se han mirado los registros de omi, tanto e en la creacion del episodio, como en texto libre)

2° INDICADOR: cumplimentacion de Items en el episodio de terminal / total de terminales=100%

solo en 6 de ellos se cumplimenta registro de items dentro del episodio.

el resultado es del 35%.

3°INDICADOR: identificar agonía y plan de actuacion/terminales que han fallecido en elultimo año=100%

de los 17 pacientes identificados como terminales, ninguno tiene señalada la fase de agonía i el plan de

actuacion, siendo el resultado e un 0%

4°INDICADOR:saber el lugar de fallecimiento de estos pacientes, no hay estandar

del total 10 de ellos fallecieron en el Hospital,, 3 por complicaciones hemorragicas, 3 por fracaso multiorganico.

2 por disnea, 1 por agitacion .y uno en el hospital pero no se encuentra la causa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

la primera dificultad encontrada es la inclusion de los pacientes en el programa de OMI-P cuando son derivados desde el hospital al ESD, queda pendiente la elaboracion de un flujograma entre ambos niveles a traves del servicio de admision .

Por otra parte la inclusion como paciente terminal, sea por enfermedad oncologica o no oncologica no se lleva a cabo, aunque si se atiende al paciente y asi lo indican los registros por parte del equipo de atencion primaria, debido entre otras cosas a los multiles planes personales en los que se entremezcla la informacion a recoger, tanto en el diagnostico como en el seguimiento. Anciano, Dependiente, Inmovilizado, Cronico complejo ...

paliativo..... cada uno de ellos con sus despleables de valoracion y seguimiento, dificultando en muchos momentos el registro y la busqueda de informacion clara sobre estos pacientes cuando pasan de unos a otros programas.

En este sentido se plantea este año pooder implantar a traves de la comision de cuidados paliativos del Sector de Barbastro, una hoja de identificacion y recogida de datos, comun y accesible para todos los niveles asistenciales. Queda pendiente, la formacion para todos los profesionales de la fase agonica, identificacion y plan de actuacion si se produce. y la presentacion del maletin para tratamiento de sintomas mediante la via subcutanea y preparacion de infusores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/954 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Nº de registro: 0954

Título
MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, BOHORQUE BATLLE SOLANGELINA, COSCULLUELA MORA MARIA, MIRANDA OLIVAR TRINIDAD, BIBIAN SANMARTIN ANA, LIZANDRA RALUY RAFAEL, TORRES CLEMENTE ELISA, BLASCO OLIETE MELITON

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
la atención domiciliar se ha hecho mas compleja, con mas tipología de pacientes, con enfermedades terminales no oncológicas, y oncológicas que precisan de cuidados paliativos.
El ESAD surge como equipo facilitador de los cuidados paliativos en domicilio y pasan a manejar al paciente en su totalidad, en la mayoría de los casos, sobretodo si son derivados del medio hospitalario y casi al 100% en situaciones de agonía previas a la muerte.
Los profesionales de atención primaria, en algunas ocasiones no tenemos identificados a los pacientes necesitados de cuidados paliativos cuando se dan de alta de otros niveles asistenciales. llegando la información solo al ESAD. Algunos no se llegan a incluir en el programa de terminales, y no se recoge la información necesaria para el manejo cuando aparecen complicaciones, o síntomas de agonía en los ultimos días, por parte de cualquier sanitario del equipo.

RESULTADOS ESPERADOS
Utilizar herramientas de coordinación con el ESAD y con el equipo de atención primaria para transmitir y compartir información del paciente terminal, para unificar criterios y tratar al paciente de forma integral, cuando el paciente lo requiera por cualquier profesional.
Como objetivos secundarios:
establecer un circuito de captación e inclusion de pacientes terminales.
establecer criterios para registrar la información necesaria en OMI-AP, para la mejor atención de estos pacientes.
fomacion y manejo de sintomas comunes y complicaciones en estos pacientes en el final de sus días.

MÉTODO
-Elaborar un flujograma del proceso de captación e inclusión:
Los pacientes con necesidad de cuidados paliativos que son derivados del medio hospitalario al ESAD, serán citados por el servicio de admisión en la agenda, del médico y enfermera para inclusión en el programa. EL ESAD avisa al servicio de admision para citarlos en la geneda del medico y la enfermera de AP,(citarlos e incluirlos como maximo en 48h)
Se crea el episodio enfermedad en fase terminal.
(los pacientes que se derivan al esad desde atención primaria también tendran creado el episodio.)
se acordaran unos items minimos de informacion a recoger en el episodio de terminal dentro de la HC, para que esten a disposicion de todos los sanitarios.
Si el paciente dispone de ultimas voluntades, registradas o ha manifestado alguna voluntad con algún sanitario o con la familia, reflejando cuales serian.
Si el paciente es conocedor de su situación y desenlace, asi como la familia, o cuidadores(residencia).
Plantear plan de cuidados terminales que hacer/no hacer. Y registrar estos ultimos.
Identificar la fase de agonía si aparece, y plan de actuacion.

Fonación y actualización en recogida de datos en la HC sobre paceutes terminales: 1h (AP)2º SEMESTRE 2018
Formación en criterios de terminalidad y agonía: 1h ESAD
2º SEMESTRE 2018
Formación en estrategias terapéuticas básicas.
Creación de un maletín para cuidados paliativos 1H (AP-ESAD)
2º SEMESTR2018

INDICADORES
PACIENTES EN PALIATIVOS SOLO ATENDIDOS POR EL ESAD.
1-Paliativos solo por el esad/ total de paliativos=0%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0954

1. TÍTULO

MEJORA EN LA COORDINACION PARA LA ATENCION A LOS PACIENTES TERMINALES EN EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Listados del esad, lisados de omi

(Sino aparece AP puede deberse a algún fallo en funciones, no se identifica al paciente ni se informa a su médico...)

CUMPLIMENTACION DE ITEMS:

2-registro ultimas voluntades oficial o manifestada por el paciente paliativo/ total de pailativos= 100%

3-registro de informacion al paciente de su situacion/

total paliativos=100%

4-registro informacion a familiares de la situacion/

total paliativos=100%

Listados de omi yESAD

identificar agonia / plan e actuación:

Si se está en esta fase se tiene que haber previsto y reflejado en omi mediante el flas ...el plan de actuación y el tratamiento de los síntomas más frecuentes estertores, agitación dolor...

5-Pacientes paliativos que tiene identificada la agonia y el plan de actuación/ paliativos que han fallecido en el último año =100%

Listados de omi

6-conocer el lugar de fallecimiento de los pacientes paliativos.

Paliativos que ha fallecido según el lugar, domicilio o casa/ paliativos que han fallecido en el último año NO HAY ESTANDAR

Si muchos fallecen fuera del domicilio... revisar el circuito asistencial...

DURACIÓN

iniciamos proyecto el 1 junio de 2018. finalizaremos el 30 de mayo de 2019.

primera quincena de junio:

consensuar el flujograma pra estos pacientes entre Esad, Admision, y EAP.

segunda quincena de junio: medico ap: formacion de 1h al resto del equipo para, informacion y actualizacion de inclusion y registro del paciente terminal

segunda quincena de junio; Esad formacion de 1h para el equipo en sintomas y tratamiento agonia.

si tenemos el maletin lo pondremos en uso.

primera evaluacion en diciembre de 2018. aplicar medidas correctoras segun resultados, segunda evaluacion 30 de mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

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

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 12/03/2019

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

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ACIN GARCIA SANTIAGO
 PUERTOLAS MAYAYO ROSA
 LAUSIN MARIN SAGRARIO
 BUERA BROTO DOLORES
 PUEYO GRACIA MARIA CONCEPCION
 BADIA PLAYAN CARRODILLA
 GRACIA MONTOLIU ALICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha informado al EAP de la organización de la consulta monográfica MAPA.
 Se ha promovido la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento, sesión clínica explicativa del proyecto en el EAP. Febrero 2018 E. Torres.
 Elaboración de Protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA; se realizó por los de colaboradores del proyecto en marzo 2018.
 Sesión de formación para profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos por E. Torres marzo 2018.
 Sesión de formación importancia de la MAPA e interpretación impartida por medicina interna. Dr. Pablo Sanchez. Febrero 2019.
 Hemos realizado formación para implementación de la MAPA en el C.S. Monzón y C.S.Tamarite por parte de medicina y enfermería.
 La interpretación de resultados de la MAPA es realizada por 4 médicos de familia formados y la colocación del monitor y descarga de resultados realizada por 3 enfermeras. Las citas se realizan en el servicio de admisión por un administrativo de referencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADORES:
 MAPAS normales 11/ 128= 8.5%
 MAPAS patológicos 106/ 128= 82.81%
 MAPAS no válidos 11/128= 8.5%

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA.
 Objetivo 70%. Resultado: 15/16= 93.75%

Variabilidad en el número de solicitudes de la prueba: entre 1 y 46 solicitudes/médico

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos.
 Objetivo 5%.
 128/3.000= 4.26%

% de pacientes con alteración ritmo circadiano
 91/ 128= 71%
 No Dipper 63
 Risser 10
 Dipper extremo 18
 TOTAL 91

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.
 106 (MAPAS patológicos) /128= 82%

% de pacientes en automonitorización domiciliaria.
 Objetivo 5%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con valoración de RCV.
 Objetivo 70%. Este indicador no se ha podido medir

% de pacientes hipertensos con intervención en estilo de vida.
 Objetivo 60%. Este indicador no se ha podido medir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha mejorado el diagnóstico y seguimiento de los pacientes hipertensos mediante la utilización de la MAPA, durante el próximo año protocolizaremos la utilización en el diagnóstico y seguimiento del paciente hipertenso con la AMPA.
 Buena implementación de la consulta monográfica MAPA habiendo realizado durante el 2018 128 MAPAS de las

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

cuales el 91.4% han sido válidas.
Ha habido un buen cumplimiento del flujograma y protocolo establecido por parte de los profesionales.

Tareas pendientes 2019.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA. Finales de marzo 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
Protocolo de utilización de la AMPA en diagnóstico y seguimiento de hipertensión arterial, abril 2019. Responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
Sesión de formación guías clínicas HTA. Responsable S. Acín .
Sesión de formación casos clínicos MAPA. Mayo- Junio 2019 responsables E. Torres, R. Puertolas, S. Lausín
Sesión de formación terapia antihipertensiva. Abril 2019 responsables: S. Acín, Pablo Sánchez
Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería. Julio 2019 responsables: D. Buera, C. Pueyo y C. Badía.
Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/974 ===== ***

Nº de registro: 0974

Título
INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, y la hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, con una prevalencia estimada en torno al 20% en mayores de 18 años, cifra que puede doblarse en mayores de 65 años. La hipertensión (HTA) es una de las causas prevenibles más importantes de morbilidad y su manejo es una de las intervenciones más frecuente en atención primaria (AP). En 2017 se implementó en el Centro de Salud de Barbastro la exploración MAPA. Los resultados de una muestra de 50 pacientes evidenciaron que el 83% de ellos no estaban bien controlados, requiriendo modificaciones en el tratamiento; el 63% tenían un ritmo circadiano alterado. Sería útil conocer el perfil circadiano de la presión arterial de los pacientes hipertensos, y de todos los individuos de alto riesgo cardiovascular. La MAPA ha demostrado que tiene un elevado valor pronóstico. Con este proyecto nos proponemos revisar el diagnóstico, seguimiento, tratamiento farmacológico, educación sanitaria y adherencia al tratamiento del paciente hipertenso.

RESULTADOS ESPERADOS
? Mejorar el diagnóstico mediante confirmación de MAPA o AMPA.
? Valorar el riesgo cardiovascular y daño de órganos diana.
? Sesiones de formación del tratamiento farmacológico de la HTA basado en la evidencia.
? Intervenciones para modificar estilo de vida.
? Seguimiento del paciente usando la automonitorización domiciliar de la PA (AMPA) dentro de un programa con intervención de los profesionales sanitarios.
? Mejorar la adherencia al tratamiento. Actuación sobre absentismo de citas consulta de enfermería.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0974

1. TÍTULO

INTERVENCIONES PARA MEJORAR LA ATENCION DEL PACIENTE HIPERTENSO

MÉTODO

Realización de protocolo para la priorización de pacientes para exploración MAPA (HTA de "bata blanca", HTA refractaria, sospecha HTA oculta, pacientes con RCV alto) y establecer objetivos de cifras de PA dependiendo de edad y factores de riesgo. Fomentar la realización de MAPA o AMPA, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento.

Sesiones de formación de enfermería para la medida correcta de la PA con MAPA/ AMPA y para realizar la educación de los pacientes. (Dos sesiones / año)

Valoración del riesgo cardiovascular. Realización de ECG y analítica que incluya glucosa, iones, creatinina, filtración glomerular, colesterol total y HDL y proteinuria.

Formación de profesionales de medicina para lectura MAPA, interpretación y análisis de los datos.

Intervenciones en estilo de vida por enfermería. Registro en historia clínica de: dieta, ejercicio, alcohol, consumo de sal y tabaco.

Sesiones de formación de terapia antihipertensiva. (Dos sesiones / año)

Llamada telefónica a los pacientes hipertensos que no acudan a la cita de seguimiento de enfermería.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

% de profesionales del EAP que derivan a pacientes para exploración MAPA. Objetivo 70%.

% de pacientes hipertensos con exploración MAPA / total hipertensos. Objetivo 5%.

% de pacientes con alteración ritmo circadiano

% de pacientes que requieran cambio de tratamiento tras la exploración MAPA.

% de pacientes en automonitorización domiciliaria. Objetivo 5%

% de pacientes con valoración de RCV. Objetivo 70%

% de pacientes con intervención en estilo de vida. Objetivo 60%

Los datos se extraerán de la historia clínica y Excel de registro.

DURACIÓN

Difusión en el EAP. JUNIO 2018. Responsable E.Torres

Protocolo indicaciones MAPA /AMPA . JUNIO 2018

- Sesiones de formación enfermería JULIO- SEPTIEMBRE. Responsables D. Buera, C. Pueyo y C. Badía
- Sesiones de formación terapia antihipertensiva JULIO- OCTUBRE. Responsables S Acín y I. Ortega.
- Sesión casos clínicos MAPA. SEPTIEMBRE. Responsables R Puértolas y A. Piñol.

Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora anualmente.

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 - 2018/0652

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE DIANA SAGARRA NOVELLON
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIZANDA GUILLEN ANA
CONDE BARREIRO SANTIAGO
BLECUA PORTA CARMEN
ABAD VICENTE MARIA PILAR
CAZCARRA JUSTE ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de encuesta de hábitos (se realizará antes y después de realizar las sesiones)
Elaboración e impresión de pósters y folletos informativos para divulgación de la actividad (distribución por colegios, institutos, centro de salud..)
Elaboración de las sesiones clínicas en formato powert point que se presentarán a los pacientes y consulta de bibliografía pertinente para su elaboración
Selección de pacientes: elaboración de lista de posibles candidatos (se ha extraído del programa informatico OMI de atención primaria aquellos niños con diagnostico de sobrepeso u obesidad con edades comprendidas entre los 6 y 14 años)
Captación de los pacientes en proceso (se ha empezado a contactar por teléfono ofertando el asistir a las charlas a los pacientes que cumplen los criterios anteriormente descritos), además de todos aquellos que voluntariamente participan tras ser conocedores de la actividad a traves de los posters y folletos informativos y que cumplan los criterios comentados
Recursos: impresión de folletos y pósters, espacio habilitado (previamente disponible en el centro de salud), tallmetro y báscula (previamente disponibles)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendiente llevar a cabo el desarrollo de las sesiones y posterior análisis de datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dificultades: No se ha seguido el cronograma según estaba previsto inicialmente (pendiente llevar acabo las sesiones) dado que se han encontrado dificultades para conciliar un horario en que esté disponible el espacio habilitado en el centro de salud (ocupado de forma intermitente por otro servicio) y en que los niños y sus familias puedan acudir (horario de mañanas es horario escolar y por la tarde las familias comentan dificultades para compaginar con extraescolares).

7. OBSERVACIONES.

Pendiente resolver el problema comentado en el apartado anterior; cuando el grupo de pacientes esté definido se acordará el horario que mejor resulte a la mayoría de asistentes

*** ===== Resumen del proyecto 2018/652 ===== ***

Nº de registro: 0652

Título
INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUS FAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Autores:
SAGARRA NOVELLON DIANA, CONDE BARREIRO SANTIAGO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, BLECUA PORTA CARMEN, ABAD VICENTE MARIA PILAR, CAZCARRA JUSTE ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

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

Enfoque:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0652

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA EN NIÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SUSFAMILIAS EL CENTRO DE SALUD DE BARBASTRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La obesidad infantil ha aumentado de forma exponencial en las últimas décadas y con ello sus comorbilidades, con el correspondiente impacto en materia sobre la salud. En muchos casos el inicio se produce en la infancia y la adolescencia pero el problema persiste en la edad adulta, por lo que es importante hacer un diagnóstico y tratamiento precoz. Esta patología suele presentar escasa respuesta a las medidas de tratamiento habituales con una baja motivación y adherencia. Se propone intervenir a nivel de los niños con sobrepeso y obesidad y sus familiares a través de charlas (sesiones teórico prácticas educativas) que se impartirán en el centro de salud y a través de las cuales se pretende conseguir una mejoría en los parámetros antropométricos (peso e IMC) de los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el percentil de IMC para la edad y sexo de los pacientes y motivar cambios en el estilo de vida dieta y realización de ejercicio físico.

MÉTODO

Se realizara medida de parámetros antropométricos antes y después de finalizar la intervención.
Elaboración de encuesta de hábitos antes y tras las charlas.
Sesión clínica de formación con el servicio de pediatría de A.P entre medicina y enfermería
Elaboración de carteles y folletos informativos de la intervención.
Captación: se extraerá lista de programa informático OMI de aquellos pacientes entre 6 y 14 años con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, ofertando participar en el programa así como aquellos pacientes con reciente diagnóstico de sobrepeso/obesidad, aquellos que son controlados de forma periódica en las consultas de pediatría por este motivo y los que mediante la promoción del proyecto con folletos y carteles informativos decidan participar voluntariamente.
Las charlas se desarrollaran en un espacio habilitado del centro de salud con medios audiovisuales (presentaciones power point), Las mediciones de peso y cálculo IMC se llevaran a cabo con el material del que se dispone en las consultas de pediatría del centro de salud
Se desarrollaran 6 sesiones teórico prácticas en el centro de salud en horario a determinar (en función de la conveniencia de los asistentes), de una hora de duración, a la que acudirán los niños acompañados de sus padres con el objeto de conseguir que los cambios en el estilo de vida y la alimentación se produzcan desde dentro del ámbito familiar. Las sesiones se desarrollaran a lo largo de 12 semanas (semanalmente alternas) a partir del mes de septiembre de 2018.

INDICADORES

Evaluar si se producen cambios en el estado de salud y parámetros antropométricos (registro de peso, talla e IMC) de los pacientes. Registro de participación

DURACIÓN

La captación de pacientes, formación de equipo, firma de consentimiento se realizará de septiembre a diciembre de 2018. Las sesiones iniciaran en le mes de Enero de 2019 y se realizara una a la semana de manera alterna; terminando de impartir las sesiones en Marzo de 2019 con análisis posterior de los 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 - 2016/1559

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Fecha de entrada: 15/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

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

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

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

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1559

Título
EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA EN LA POBLACION

Decidido por consenso del EAP.
Estrategia de intervención comunitaria

RESULTADOS ESPERADOS

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

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

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

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

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

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

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

7. OBSERVACIONES.

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

Nº de registro: 1579

Título
GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

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

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

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

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

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

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

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

1. TÍTULO

GESTION ATENCION A URGENCIAS: MALETINES DE URGENCIAS

Personal sanitario del centro de salud entrenado para su manejo.

MÉTODO

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

INDICADORES

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

DURACIÓN

Actividad continuada en el tiempo con valoración anual de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

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

*** ===== **

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

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 16/02/2018

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

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

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PACIENTES CON EPISODIO DE DM II ABIERTO EN OMI CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR ENFERMERIA Y MEDICINA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA:
INSPECCION DE PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)
VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, SENSIBILIDAD, REFLEJOS...).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
RESULTADO A FINAL 2017 INFERIOR AL 40% SOBRE LO INICIALMENTE PRESUPUESTADO PARA EL AÑO. OBJETIVO INICIAL PARA EL AÑO EXCESIVAMENTE AMBICIOSO.
PROYECTO A CONTINUAR EN 2018.
-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.
-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO OMI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE OBVIA LA NECESIDAD DE MANTENER EL PROYECTO DADA LA IMPORTANCIA DEL CONTROL Y SEGUIMIENTO ADECUADOS DE LA PATOLOGIA DEL PIE EN EL PACIENTE DIABETICO.
NECESIDAD DE INSISTIR, POR PARTE DE MEDICINA Y ENFERMERIA, A PACIENTES AFECTOS DM PARA QUE ACUDAN CONSULTA PROGRAMADA UNA VEZ CITADOS (CONCIENCIAR DE LA IMPORTANCIA DE LAS REVISIONES DEL PIE EN EL DIABETICO).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1584 ===== ***

Nº de registro: 1584

Título
ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DABETICO

Autores:
VENTURA SAURA MARIA PILAR, ALQUEZAR LABAD MARIA LUISA, CASTRO CUBERO ROSA MARIA, LATORRE AGUILAR IGNACIO, LACAMBRA CALVER MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
MEJORAR CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO INSTRUYENDO EN EL CUIDADO DEL PIE DIABETICO TANTO AL PROPIO PACIENTE COMO AL PERSONAL SANITARIO RESPONSABLE.

RESULTADOS ESPERADOS
ADIESTRAR AL PACIENTE EN LA DETECCION DE SIGNOS Y SINTOMAS DE ENFERMEDAD "PIE DIABETICO".
EVITAR COMPLICACIONES "PIE DIABETICO".

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1584

1. TÍTULO

ESTRATEGIA EN DM: REVISION PIE DIABETICO

EVITAR AMPUTACIONES.

MÉTODO

PACIENTES CON EPISODIO DE DM ABIERTO EN OMI SERAN CAPTADOS DE FORMA CONJUNTA POR MEDICINA Y ENFERMERIA MEDIANTE CONSULTA PROGRAMADA.

INSPECCION PIES POR ENFERMERIA (CALLOSIDADES, CALZADO, LESIONES, UÑAS...)

VALORACION CONJUNTA DE EXPLORACION VASCULAR Y NEUROLOGICA (ITB, PULSOS, Tª, SENSIBILIDAD, REFLEJOS)

INDICADORES

ANUAL: CUMPLIMIENTO AL 80 % DE PACIENTES CON EPISODIO DE DM.

-PCE "RIESGO DETECCION PIEL (PIE DIABETICO) / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

-PROTOCOLO "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / PACIENTES EPISODIO DM ABIERTO EN OMI.

DURACIÓN

VALORACION ANUAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0940

1. TÍTULO

SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE IGNACIO LATORRE AGUILAR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA IBAÑEZ ANA
CODINA MARCET MIREYA
NICOLAS ALBA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO SE INICIARON EL 14/3/2019 Y FINALIZARON EL 20/5/2019.
TOTAL DE SESIONES REALIZADAS EN EL COLEGIO DE BENABARRE: 10. CADA UNA DE ELLAS CONSISTENTE EN UNA PARTE TEORICA CON APOYO DE POWERPOINT, DE UNOS 20 MINUTOS DURACION, Y OTRA PRACTICA EN FORMA DE ROL PLAYING POR GRUPOS DE 5 ALUMNOS MAXIMO (UNO DE ELLOS DA LAS EXPLICACIONES OPORTUNAS, PIZARRA EN MANO, MIENTRAS LOS OTROS TEATRALIZAN LAS DISTINTAS SITUACIONES PLANTEADAS). TODO ESTO ES GRABADO EN VIDEO PARA, POSTERIORMENTE, ANALIZAR Y EVALUAR (PREVIO A LA GRABACION SE REALIZAN VARIOS ENSAYOS QUE PERMITEN REFORZAR EL CONOCIMIENTO DE LA SITUACION ABORDADA, DADA LA IMPLICACION PARA OBTENER UNA "BUENA GRABACION").
LA SESION FINAL CONSISTE EN UNA PUESTA EN ESCENA, CON PARTICIPACION DE TODOS LOS ASISTENTES A LA VEZ, EN LA QUE SE RECREA UNA SITUACION CATASTROFICA EN EL AULA (TERREMOTO) EN LA QUE SE VAN ABORDANDO TODAS LAS SITUACIONES TRABAJADAS EN LAS SESIONES ANTERIORES. IGUALMENTE SE GRABA EN VIDEO CADA UNA DE ELLAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
LA PARTICIPACION HA SUPERADO EL 20% DE LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL CRA RIBAGORZA ORIENTAL DE BENABARRE. SE REALIZARON PRUEBAS DE CONOCIMIENTO PREVIO (PRE-TEST) Y POSTERIOR A LAS SESIONES (POST-TEST), DIFERENCIANDO DOS GRUPOS DE ALUMNOS: LOS MAS PEQUEÑOS DE 1º, 2º Y 3º DE PRIMARIA Y LOS DE 4º, 5º Y 6º DE PRIMARIA, OBTENIENDOSE MEJORA MEDIA SUPERIOR AL 20% DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN OBJETIVOS.
LA EVALUACION PRACTICA MEDIANTE CHECKLIST TRAS LA VISUALIZACION DE LOS VIDEOS DE "DOCTUBERS" DIO COMO RESULTADO UNA NOTA MEDIA SOBRE 10 DE 6 EN EL PRIMER GRUPO (ALUMNOS DE 1º, 2º Y 3º DE PRIMARIA) Y DE 8,3 EN EL SEGUNDO GRUPO (ALUMNOS DE 4º, 5º Y 6º DE PRIMARIA).
LA ENCUESTA DE SATISFACCION GLOBAL DIO COMO RESULTADO "ALTA SATISFACCION" DE TODOS LOS PARTICIPANTES EXPRESANDO SU DESEO DE REPETIR LA EXPERIENCIA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LO PRIMERO A DESTACAR ES LA ALTA PARTICIPACION E IMPLICACION DEL ALUMNADO DE PRIMARIA DEL CRA R. O. DE BENABARRE, QUIZAS DEBIDO AL FORMATO EMPLEADO CON SESIONES DE ROL-PLAYING Y GRABACION EN VIDEO (PREVIA SOLICITUD DE AUTORIZACION PATERNA), LO QUE SUPONE MAYOR POSIBILIDAD DE APRENDIZAJE Y DOMINIO DE LOS TEMAS ABORDADOS. ESTO SE CONCRETA EN LOS RESULTADOS DE LAS DISTINTAS EVALUACIONES REALIZADAS EXPRESADOS EN EL APARTADO ANTERIOR. DESDE EL EQUIPO QUE HA DESARROLLADO EL PRESENTE PROYECTO SE CONSIDERA CONSEGUIDOS LOS OBJETIVOS DE INCREMENTAR LOS CONOCIMIENTOS RESPECTO A LOS TEMAS ABORDADOS ASI COMO LA SENSIBILIZACION HACIA LA PREVENCION Y PROMOCION DE LA SALUD EN LA POBLACION INFANTO-JUVENIL.
LOS MEDIOS NECESARIOS PARA SU REALIZACION NO SUPONEN INCONVENIENTE PARA QUE ESTA INICIATIVA SE REPITA, AL MENOS CON PERIODICIDAD BIENAL, LOGRANDO ASI EL "REFRESCO" DE LA TEMATICA ABORDADA PARA LOS ALUMNOS QUE PERMANECEN EN ESTE CICLO Y LA INCORPORACION DE NUEVOS ALUMNOS QUE SE ACCEDEN AL CICLO FORMATIVO DE PRIMARIA.

7. OBSERVACIONES.
QUEDAN A DISPOSICION LOS DOCUMENTOS ELABORADOS (TEST, ENCUESTAS, VIDEOS...) PARA POSTERIORES COMPROBACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/940 ===== ***

Nº de registro: 0940

Título
SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO "DOCTUBERS"

Autores:
LATORRE AGUILAR IGNACIO, GRACIA IBAÑEZ ANA, CODINA MARCET MIREYA, NICOLAS ALBA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0940

1. TÍTULO

SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Primeros auxilios básicos, actuaciones en urgencias y emergencias
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Atención Comunitaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Integrado en el marco del proyecto de desarrollo de capacidades del alumnado del CRA Ribagorza Oriental de Benabarre, nace esta propuesta de actividades de formación activa, ya que desde el punto de vista del profesional sanitario del C S Benabarre, existe una necesidad de formación y correcto manejo de las diferentes situaciones tanto de urgencia para la salud como de emergencia vital de todos los individuos, incluyéndolo en el marco de la educación para la salud comunitaria realizada en el centro educativo, además de promover la sensibilización hacia la prevención y promoción de la salud en la población infanto-juvenil. Todo el personal sanitario que trabajamos en la urgencia extrahospitalaria hemos atendido emergencias con resultado de muerte o grave incapacidad porque los testigos que rodeaban al paciente no supieron actuar para ayudarlo. Es habitual las dudas y los miedos de los ciudadanos en lo que a primeros auxilios y atención inicial a la emergencia se refiere. Destacamos la necesidad de una correcta atención precoz y activación de alerta sanitaria ante un evento de riesgo vital de cualquier individuo en la vida cotidiana y/o laboral.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Reconocer las diferentes situaciones de riesgo para la salud y/o emergencia
- 2.- Conocer la cadena de supervivencia.
- 3.- Aprender los primeros auxilios, las complicaciones y acciones que no deben realizarse.
- 4.- Aprender las principales maniobras de Soporte Vital Básico, (valorar signos de vida, RCP, maniobra frente-mentón...) hasta la llegada de atención profesional.
- 5.- Conocer y manejar (grupo de 10 a 12 años) el equipo DEA-DESA. hasta la llegada de atención profesional.
- 6.- Conocer y realizar las maniobras de atención precoz para desobstrucción de vía aérea ante OVACE.

MÉTODO

7 talleres de dos horas de duración c/u. Formación de la materia con apoyo de material didáctico audiovisual (power point) y material de formación, y "formación activa", en la que el alumnado se someterá a la realización de las actividades previstas en cada sesión a través de role playing-caso siempre supervisado por el profesional sanitario y apoyo del profesorado asignado a la tarea. (metodología CBL: Challenge Based Learning)
Al final de cada taller, dos alumnos de cada grupo serán los "doctubers" en prácticas, Explicarán y dirigirán con técnica role playing-caso al resto de sus compañeros, y lo tendrán que resolver. Será grabada en video en primera persona, tipo "youtuber".
En función de los grupos de edad, se trabajará unas actividades u otras, con material adaptado a cada una:
Grupo 1: (1º, 2º y 3º de primaria):
Prácticas con diversos materiales cotidianos, para conseguir teatralizar situaciones: quemaduras, golpes, picaduras, heridas...etc. Material botiquín (AMBOS GRUPOS)
Traerá cada niño un peluche o muñeco al taller para realizar las prácticas con el peluche.
Aprender a hacer lo que les irán pidiendo que hagan desde el 112: PLS, respira o no, masaje cardíaco, maniobra de Heimlich, todo con el peluche.
Aprenderemos con canciones para recordar el 112 y que deben pedir ayuda a un mayor.
Grupo 2: (4º, 5º y 6º de primaria):
112, Inconsciente, muerte súbita, atragantamiento, Abrir vía aérea, saber si respira (ver, oír y sentir), PLS, RCP
Prácticas con maniqués del masaje cardíaco.
Prácticas con DESA de formación.
Prácticas de Posición Lateral de Seguridad y atragantamiento
Prueba teórica de conocimientos básicos, para evaluación teórica, tipo test con app "plickers"
Al final de los talleres de formación, los alumnos deberán realizar una macro-sesión final, donde deberán formar al resto de alumnado, con maniqués y muñecos.

INDICADORES

Realización de, al menos, 7 talleres.
Nº alumnos CRA R.O. de Benabarre (de primaria) que asisten a la formación/ nº alumnos CRA R.O. de Benabarre (de primaria) x 100 = > 20 %
Pre-test y post-test para evaluar los conocimientos teóricos adquiridos por los alumnos. Mejora media de resultados en un 20%.
Evaluación práctica mediante checklist tras la visualización de los videos de "doctubers". Los alumnos alcanzarán una nota media de 6/10.
Encuesta final de satisfacción global con la actividad. La satisfacción global será moderada-alta / alta.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0940

1. TÍTULO

SALUD CUMUNITARIA INFANTO-JUVENIL: "CIENCIA Y SALUD EN LA ESCUELA: PROYECTO DOCTUBERS"

DURACIÓN

1-15 Marzo: elaboración de los test, checklist, encuesta satisfacción y programación de videos.
7 talleres de dos horas de duración c/u, uno por semana.
Inicio de los talleres, jueves 14 de marzo de 2019,.
Fecha prevista de final : jueves 30 de mayo de 2019 .

OBSERVACIONES

Plantear la realización anual o bianual de similares talleres en la población infanto-juvenil, con la correspondiente evaluación previa y post de los conocimientos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0954

1. TÍTULO

EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER CITOLER PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LATORRE AGUILAR IGNACIO
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE
MUZAS BERGES PAZ
ALQUEZAR LABAD MARISA
CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado sesiones formativas, en numero de 4, a lo largo del año 2019, dirigidas a la población de nuestra zona:

- 1- "RCP básica y manejo del desfibrilador": Realizada en el local social de Tolva, el pasado 1/8/2019, con asistencia de 29 personas, por personal medico y de enfermería del centro de salud. Se ha utilizado proyector para presentación en Powerpoint.
- 2- "Atención a la parada cardiorrespiratorio por personas no cualificadas": Organizada por personal de enfermería de nuestro centro de salud, el pasado 16/5/2019, y dirigida a personas integrantes del AMPA de Benabarre con asistencia de 12 participantes. Se ha utilizado material cedido por cruz roja y bomberos de Benabarre en la parte practica de la sesión.
- 3- "Formación para cuidadoras de la residencia de mayores de Benabarre: UPP, Disfagia, Primeros auxilios": Realizado el pasado 17/5/2019 por personal de enfermería de nuestro centro, con la asistencia de la practica totalidad de cuidadoras de la residencia de Mayores.
- 4- "Atención a la disfagia: broncoaspiración": Realizada por personal de enfermería el pasado 31/5/2019 y dirigida igualmente al personal cuidador de la residencia de Mayores de Benabarre, con asistencia de la totalidad de cuidadoras de la residencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se constata elevada participación en todas las actividades realizadas como ya se ha indicado.
- Tras la realización de los test previos y con posterioridad a la realización de las sesiones, se ha observado un incremento medio de los conocimientos adquiridos superior al 75%.
- Las encuestas de satisfacción realizadas dan como resultado mayoritario "muy adecuado, muy satisfecho" para todos los ítems planteados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A destacar el gran interés generado en la población y, por tanto, la alta participación observada, lo que anima al equipo responsable del proyecto a continuar con la organización de este tipo de sesiones formativas, para la población de nuestra zona de salud, mas allá de la fecha prevista para su finalización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/954 ===== ***

Nº de registro: 0954

Título
EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

Autores:
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, LATORRE AGUILAR IGNACIO, LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE, MUZAS BERGES MARIA PAZ, ALQUEZAR LABAD MARISA, CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Es reconocida por todos los actores implicados la necesidad real de impartir educación sanitaria a nuestra población respecto a las patologías mas prevalentes, primeros auxilios, hábitos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0954

1. TÍTULO

EDUCACION EN MATERIA SANITARIA DIRIGIDA A LA POBLACION DE NUESTRA ZONA DE SALUD

alimentarios, adicciones nocivas...etc.
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Otros
Otro tipo Objetivos: Atención Comunitaria

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A solicitud del ayuntamiento de Benabarre se ha establecido el compromiso, mediante la firma de "carta de intenciones", por parte del EAP de Benabarre, de desarrollar a lo largo del año en curso, ciclo de charlas, conferencias en materia de salud comunitaria. Dichas sesiones, en numero no inferior a 4, podrán tener lugar en dependencias facilitadas por el propio ayuntamiento, en el propio centro de salud, en los colegios de la zona, en dependencias de la residencia de mayores...etc.
Es reconocida, por todos los actores implicados, la necesidad real de impartir educación sanitaria a nuestra población respecto a las patologías mas prevalentes, primeros auxilios, hábitos alimentarios, adicciones nocivas...etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto dirigido a la población en general de nuestra zona con el objetivo de aumentar los conocimientos respecto a patologías de gran prevalencia, promover hábitos saludables en la población, instruir a cuidadores de personas con patologías crónicas, dependientes; difusión en la población de conceptos básicos en primeros auxilios, educación a grupos de pacientes crónicos...

MÉTODO

Se establece la realización de un mínimo de 4 sesiones formativas, a desarrollar en los espacios ya mencionados, previa publicitación desde los ayuntamientos de la zona, desde el centro de salud y con comunicación al consejo de salud de zona.
Los locales habilitados al efecto dispondrán de equipos de proyección para presentaciones en PowerPoint.

INDICADORES

-Numero de asistentes a cada sesión.
-Realización de, al menos, 4 sesiones hasta fin de año.
-Encuestas de opinión con valoración de contenidos y del personal docente.
-Pre-test y post-test para valorar conocimientos al inicio y a la finalización de cada sesión

DURACIÓN

Las sesiones se realizaran a lo largo del año en curso, en fechas por determinar, iniciándose a partir del mes de Abril y finalizando en Diciembre.
En próxima reunión ordinaria del consejo de salud, pendiente de realización en el mes de Abril, se pondrá en conocimiento de sus miembros y se acordara un calendario consensuado para el desarrollo del proyecto.

OBSERVACIONES

Resulta de interés plantear la realización anual de este tipo de ciclos formativos como complemento a la tarea que, de manera individualizada, realizamos a diario en nuestras consultas de AP.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0997

1. TÍTULO

ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP: CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JOANA ALORDA COMAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARNA ESPOT JOSEFINA
ALQUEZAR LABAD MARISA
CODINA MARCET MIREYA
NICOLAS ALBA MARIA JOSE
CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del pasado año 2019 se ha establecido en nuestro centro de salud la consulta monográfica de pie diabético, designando un profesional medico y otro de enfermería, para la atención en dicha consulta, exentos de otras actividades en ese horario.
Se ha establecido en OMI la agenda para consulta programada de revisión del pie diabético y se ha designado un despacho del centro de salud, en ese horario, para la realización de las actividades previstas (con independencia de que algunas revisiones se han realizado en los consultorios de los pueblos)
Se han desarrollado 2 sesiones clínicas en relación a la revisión del pie diabético:
-14/1/2019: "Exploración del Pie Diabético".
-25/3/2019: "Presentación de la consulta del pie diabético del Hospital de Barbastro".

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha logrado aumentar la cobertura de la revisión del pie diabético hasta un 48,8 % de nuestros pacientes diabéticos partiendo de una cifra en el entorno del 25% inicial. Dada la condición de proyecto de continuación, y teniendo en cuenta el buen funcionamiento de la consulta monográfica de revisión del pie diabético, se espera alcanzar el objetivo propuesto del 80% de los pacientes diabéticos revisados a lo largo del presente año 2020.
-Se han realizado 2 sesiones clínicas en relación al pie diabético con participación superior al 70 % del personal sanitario de nuestro centro (Actas de sesiones)
-Indicadores obtenidos de OMI-CUADRO DE MANDOS DIABETES- INDICADORES EN DIABETES-REVISION PIE DIABETICO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global del equipo de mejora es de alta satisfacción dado el mejor control que se tiene de la patología abordada y la buena respuesta de los pacientes que, a su vez, se sienten muy satisfechos con este tipo de revisiones. Importante el establecimiento de la consulta monográfica del pie diabético en nuestro centro. Dada la sistemática de trabajo establecida, el equipo considera factible la consecución del ambicioso objetivo establecido inicialmente, a lo largo del presente año 2020.
Como ya se menciona en la presentación del proyecto, este nace con la intención de su permanencia en el tiempo, mas allá de la fecha de finalización establecida (Diciembre 2020).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/997 ===== ***

Nº de registro: 0997

Título
ATENCION AL PACIENTE DIABETICO EN AP. CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALORDA COMAS JOANA, PERNA ESPOT JOSEFINA, ALQUEZAR LABAD MARISA, CODINA MARCET MIREYA, NICOLAS ALBA MARIA JOSE, CAZCARRA HERNANDEZ SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0997

1. TÍTULO

ATENCIÓN AL PACIENTE DIABÉTICO EN AP: CONSULTA MONOGRAFICA DEL PIE DIABÉTICO

Tipo de Objetivos : Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es indiscutible la importante prevalencia de la Diabetes en la población a la que atendemos así como la enorme cantidad de recursos que esta patología consume, especialmente como consecuencia de las complicaciones derivadas de un control deficiente.
En este contexto, tras el consenso alcanzado en reunión de equipo, nuestro centro de salud ha decidido establecer una consulta monográfica del pie diabético estableciendo pautas de actuación comunes y sistematizadas con el objetivo de lograr mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes diabéticos mediante revisiones periódicas e instrucción en el cuidado del pie, tanto a nuestros pacientes como al personal sanitario (sesiones clínicas formativas y de valoración del seguimiento del proyecto).

RESULTADOS ESPERADOS

Adiestrar al paciente en la detección precoz de los síntomas y signos de la enfermedad "Pie Diabético" para un pronto abordaje evitando complicaciones potencialmente graves. Evitar amputaciones.
Se pretende consolidar en nuestro centro la consulta monográfica del "Pie Diabético".

MÉTODO

Establecimiento de agenda en OMI para consulta programada de Pie Diabético.
Determinación de un profesional médico y un profesional de enfermería responsables del proyecto y de la consulta, exentos, en horario de consulta de pie diabético, de otras actividades.
Todos los pacientes con episodio de DM abierto en OMI deberán ser citados en consulta para revisión de enfermería (inspección callosidades, calzado, uñas, edema, lesiones...) y valoración vascular y neurológica conjunta por medicina y enfermería (ITB, pulsos, sensibilidad, reflejos...).

INDICADORES

Evaluación anual: Cumplimiento al 80% de los pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-PCE "Riesgo detección piel" (Pie Diabético) / Pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-Protocolo "AP-ADULTO EXPLORACION PIE" / Pacientes con episodio de DM abierto en OMI.
-CM DM.
-Control asistencia a sesiones clínicas programadas (actas sesión clínica).

DURACIÓN

Valoración anual del cumplimiento de indicadores.
El presente proyecto, sustentado en la génesis de una consulta monográfica de Pie Diabético, nace con la intención de su permanencia en el tiempo mas allá de la fecha en que se determine su cierre (Diciembre 2020)

OBSERVACIONES

Como ya se ha mencionado, el presente proyecto, sustentado en la génesis de una consulta monográfica de Pie Diabético, nace con la intención de su permanencia en el tiempo, con carácter indefinido, mas allá de la fecha en que se determine su cierre (Diciembre 2020).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1296

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE LACAMBRA CLAVER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BENABARRE
· Localidad BENABARRE
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PERNA ESPOT JOSEFINA
MUZAS BERGES PAZ
CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER
ALORDA COMAS JOANA
GRACIA IBAÑEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-De acuerdo al Procedimiento Operativo (PO) establecido en nuestro centro de salud, se ha procedido, a lo largo del año 2019, a la revisión sistemática con periodicidad mensual de los maletines de urgencias, por parte de responsable medico designado al efecto, quedando constancia de ello en el documento-hoja de firmas establecido al efecto ("Hoja registro de actividades mantenimiento preventivo"-ISO-9001).
-Se han desarrollado dos talleres de refresco en el manejo y contenidos de los maletines de urgencias a lo largo del año 2019.
-Se ha realizado jornada-taller conjunto con protección civil-bomberos de la Ribagorza el pasado 22/6/2019.
-Se han realizado 3 sesiones clínicas en relación a la urgencia extrahospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha comprobado la correcta cumplimentación mensual de las hojas de "registro de actividades mantenimiento preventivo" en relación a revisión de maletines de urgencias.
-Se realizaron dos talleres de revisión de maletines, con fechas de 11/3/2019 y 21/10/2019, con asistencia entre ambos del 100% del personal sanitario del centro (Actas y hojas de firmas a disposición).
-Se realizo jornada-taller conjunto con PC-Bomberos de la Ribagorza, con asistencia del 80% del personal sanitario y tres miembros de Bomberos (Acta, reportaje fotográfico y hoja de firmas a disposición).
-Se han realizado 3 sesiones clínicas en relación a la urgencia extrahospitalaria con fechas 29/1/2019, 29/7/2019 y 14/10/2019, con asistencia global del 100% del personal sanitario del centro (Actas sesiones, hoja de firmas).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Alta satisfacción manifestada por parte de todos los miembros del equipo en relación a las actividades realizadas.
Cualquier actividad encaminada a incrementar nuestra seguridad y confianza en el manejo de material y abordaje de las diferentes situaciones a las que debemos enfrentarnos en la urgencia extrahospitalaria, sera siempre bienvenida.
Expresado de forma unánime el deseo de continuación de estas actividades mas allá de la fecha de finalización del presente proyecto (Diciembre 2020).
Absoluta disposición por parte de los miembros de PC-Bomberos de Benabarre para la repetición de la Jornada-Taller conjunta en el presente año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1296 ===== ***

Nº de registro: 1296

Título
ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

Autores:
LACAMBRA CLAVER MARIA JOSE, PERNA ESPOT JOSEFINA, MUZAS BERGES MARIA PAZ, CITOLER PEREZ FRANCISCO JAVIER, ALORDA COMAS JOANA, GRACIA IBAÑEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BENABARRE

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención a la urgencia fuera del centro de salud

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1296

1. TÍTULO

ATENCIÓN A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

-Maletines de urgencias, con material diverso, susceptibles de ser utilizados por todo el personal sanitario del centro. Necesidad detectada de talleres de refresco respecto al contenido, distribución, y manejo de dicho material en situación de atención a la urgencia fuera del centro de salud.
-El entorno en el que desarrollamos nuestra actividad asistencial (medio rural, de montaña, alta densidad de tráfico rodado...) supone, en ocasiones, difícil acceso al paciente accidentado. Esta situación implica la perfecta coordinación con los integrantes del servicio de Protección Civil, operantes en nuestra zona, y responsables de tareas de excarcelación, facilitación del acceso, salvamento, protección del escenario del siniestro...etc.
-Por otra parte se ha consensuado igualmente la necesidad de realización de sesiones clínicas de refresco y actualización de conocimientos en materia de atención a la urgencia "in situ" (Politraumatizado, Soporte vital básico y avanzado...)

RESULTADOS ESPERADOS

-Mantener maletines de urgencias y su contenido siempre en perfecto estado para su uso.
-Personal sanitario del centro de salud debidamente entrenado para el manejo de dichos maletines.
-Coordinación con los equipos de Protección Civil en la atención al accidentado sobre el terreno, conocer sus técnicas y material, practicas de aproximación al accidentado en lugares de difícil acceso...etc.
-Refresco y actualización de conocimientos en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria.

MÉTODO

-Revisión de maletines con periodicidad mensual (contenido establecido, caducidades, ubicación del material...) por responsable designado de acuerdo al PO establecido en nuestro centro de salud.
-Taller semestral de "refresco" en el manejo de los maletines y su contenido.
-Realización de, al menos, una jornada-taller anual conjunta con el personal de Protección Civil operativo en nuestra zona de salud de Benabarre.
-Realización de, al menos, una sesión clínica semestral de refresco y actualización en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria.

INDICADORES

-Valoración anual de hojas de registro de actividades, en relación a la revisión de maletines de urgencias, establecidas según PO (anexos 10 y 11) correctamente cumplimentadas.
-Evaluación Actas de las actividades prevista (Talleres, Sesiones, taller conjunto con PC) que deberán estar cumplimentadas al final del año, dando fe de su realización, en el número mínimo establecido para cada actividad en el presente proyecto.
-Hojas de registro de asistencia a los talleres de manejo de maletines cumplimentadas por todo el personal sanitario del centro de salud cada año (entre todos talleres impartidos a lo largo del año).
-Hojas de registro de asistencia a las sesiones clínicas, en materia de atención a la urgencia extrahospitalaria, cumplimentadas por el 100% del personal sanitario cada año (entre todas las sesiones impartidas a lo largo del año).
-Hoja de registro de asistencia a la jornada-taller anual, conjunta con protección civil, cumplimentada por, al menos, el 80% del personal sanitario.
-Grado de satisfacción del personal al inicio y al final de cada actividad mediante encuesta de satisfacción con escala del 1 al 10.

DURACIÓN

-Fechas exactas de realización de actividades por determinar pero, en cualquier caso, ajustadas a lo descrito (semestral, anual).
-El presente proyecto, cuyas actividades nacen con vocación de continuidad en el tiempo mas allá de la fecha de finalización, se dará por finalizado a fecha 31/12/2020.

OBSERVACIONES

El presente proyecto, cuyas actividades nacen con vocación de continuidad en el tiempo mas allá de la fecha de finalización, se dará por finalizado a fecha 31/12/2020.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1296

1. TÍTULO

ATENCION A LA URGENCIA FUERA DEL CENTRO DE SALUD

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALBANO RIVARES MARIA JESUS
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
MONTERO MORATA CARLOS
GUILLEN SOLANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas en este proyecto han sido revisión del material de la sala de urgencias y de los maletines de urgencias.

En ella han participado varios miembros del EAP, realizando la revisión de forma mensual.

Esta revisión del material y las caducidades la registramos en el ordenador (carpeta ISO).

Queda registrado en la Hoja creada para este proyecto las firmas de las Personas que la realizan.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto el 100% de los Miembros del EAP han participado en la revisión del material de la sala y de maletines de urgencias.

Objetivo >80%

Las revisiones han sido realizadas en un 100% el objetivo es >90%.

Los indicadores utilizados han sido:

- N° miembros del EAP que participa en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma / revisiones programadas

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos decidido continuar con este proyecto, la valoración ha sido muy positiva. En una situación de urgencia todo el material esta preparado, ordenado y con las caducidades de la medicación revisadas.

Consideramos que es muy importante tener la sala de urgencias ordenada y con el material revisado para poder dar una mejor atención sanitaria a nuestros Pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMBRA FIERRO PILAR
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
CABREO CALVO MARIA CARMEN
GUILLEN SOLANO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado las revisiones de los maletines y la sala de Urgencias, de forma mensual, por parte de los miembros del EAP.

El material y las caducidades quedan registradas en el ordenador en la carpeta ISO.

Elaboramos una hoja de firmas, donde queda registrado el personal que realiza la revisión cada mes.

Se ha realizado de forma correcta todos los meses del año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este proyecto evaluamos dos indicadores:

- Número de miembros del EAP que participan en la revisión del material.
- Revisiones realizadas en tiempo y forma/ revisiones programadas.

Durante este año se han conseguido ambos objetivos, >80% en el primer indicador, y >90% en el segundo indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración del equipo ha sido muy positiva, ya que en una situación de Urgencia es muy importante el orden en la sala y que todo el material esté actualizado en cuanto a su caducidad.

Se ha valorado con el EAP y hemos decidido continuar con este proyecto, aunque con algunas modificaciones para mejorarlo.

Para facilitar el trabajo de realizar las revisiones de maletines y sala de Urgencias, hemos consensado elaborar una nueva plantilla de registro, donde cada participante del EAP realizará una parte de la revisión que estará dividida en 9 bloques, a revisar por 9 participantes, que realizarán cada uno su parte, e irá rotando mensualmente.

Esta modificación se preveé que comenzará en el mes de Marzo de 2019.

Por eso, creemos pertinente continuar con este proyecto que nos parece muy interesante y se obtienen buenos resultados, ya que consideramos imprescindible que tanto los maletines como la sala de Urgencias esté ordenado y con toda la medicación revisada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas. Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material. La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE SONIA LAPLAZA ARA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMBRA FIERRO PILAR
CAMPO SANCHEZ JUDIT
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
GUILLEN SOLANO CARMEN
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
CABREIRO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Los miembros del EAP de Berbegal han realizado las revisiones de los maletines y la sala de Urgencias de forma mensual.

Es un mecanismo de revisión y mantenimiento para garantizar que las medicaciones y el material están en condiciones adecuadas, comprobando las caducidades y que exista un stock mínimo consensuado por el EAP. Los listados con la medicación y el material se encuentran registrados en el ordenador en la carpeta ISO. Existe una hoja de firmas donde el personal que realiza la revisión cada mes, apunta la fecha de realización y su firma.

Este año 2019, desde el mes de Marzo elaboramos una nueva plantilla de registro de firmas, dividida en 9 bloques, para revisar por 9 participantes, cada uno realiza su parte correspondiente, y va rotando de forma mensual. Ha quedado registrado de forma correcta durante todo el año.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dado que todos los meses se han realizado todas las revisiones por parte del EAP, hemos alcanzado los dos objetivos que se proponen en este proyecto:

-número de miembros del EAP que participa en la revisión del material (>80%)
-revisiones realizadas en tiempo y forma/revisiones programadas (>90%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El EAP se muestra satisfecho con este proyecto de mejora, dado que todo el material para utilizar en caso de urgencia está en óptimas condiciones, en cuanto a su fecha de caducidad como a su correcto funcionamiento. La opinión por parte de los participantes que realizan las revisiones sobre la nueva forma de división en bloques, ha sido satisfactoria, porque la revisión se realiza de una manera más exhaustiva y específica, dado que es menor el volumen de material a revisar por cada participante. Creemos oportuno continuar con este proyecto debido a la importancia de que todo el material se encuentre en perfecto estado, para garantizar una mejor atención a los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1464 ===== ***

Nº de registro: 1464

Título
MEJORA DE LA GESTION DE LA ATENCION URGENTE Y EL PAC

Autores:
LAPLAZA ARA SONIA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, BORRUEL MOREU MARIA DEL CARMEN, SALINAS GISTAU ANA MARIA, BORRUEL CALZADA TERESA, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, MONTERO MORATA CARLOS, GUILLEN SOLANO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1464

1. TÍTULO

MEJORA DE LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN URGENTE Y EL PAC

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Reunión de Equipo se decide cambio para implicar a todo el Personal en todas las tareas. Realizar una hoja registro de las Personas encargadas de realizar las revisiones mensuales. La primera semana de cada mes par, el Personal del EAP que realiza AC revisará las caducidades de la sala de Urgencias y El Personal de AC del fin de semana los maletines de Urgencias y los meses impares se invierten las tareas.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la atención urgente a la Población, reduciendo el tiempo de respuesta con una mejor organización de la revisión del material.
La población diana es la que pertenece a la Zona Básica de Salud de Berbegal y pacientes desplazados a esta Zona.

MÉTODO

Para lograr los objetivos, en reunión de equipo se decidió realizar una hoja de registro, anotando todas las revisiones de material que se van realizando mensualmente.

INDICADORES

Número de miembros del EAP que participan en la revisión de material, objetivo más del 80%

Revisiones realizadas en tiempo y forma /Revisiones programadas, objetivo más del 90%

DURACIÓN

La implantación de este proyecto comenzó en julio 2016 y continúa vigente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS MONTERO MORATA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAREZ GRACIA CRISTINA
GUILLEN SOLANO CARMEN
LOPEZ ALONSO ANGELES
LAPLAZA ARA SONIA
SALINAS GISTAU ANA MARIA
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%).
Resultado: 76%

2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%).
Resultado: 84%

3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes.(objetivo > 75%)
Resultado:79%

4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%).
Resultado 78%

5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%).
Resultado:

-Revisión microalbuminuria: 75%
-Revisión filtrado glomerular: 76%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante el año ha habido problemas con el registro de los datos en el cuadro de mandos con el filtrado glomerular, la microalbuminuria, retinografías.
Por otra parte, cada año hay que hacer hincapié en la necesidad de seguir realizando estas actividades porque puede haber variaciones de la cobertura de estos indicadores y es necesario implicar al personal del EAP en la importancia de su realización.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNADO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
 - 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
 - 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
 - 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
 - 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
- SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN

1 año. Serán responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALONSO ANGELES
BORRUEL MOREU MARIA CARMEN
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
CAMBRA FIERRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Pacientes con episodio de DM tipo 2 abierto en programa OMI captados de forma conjunta por Medicina y Enfermería mediante consulta programada.
Se realiza educación diabetológica, monitorización clínica y analítica, y los recursos humanos y materiales han sido personal del EAP y Cuadro de mandos de Diabetes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo: 81% (objetivo >80%)
2. Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de Hb. Alc en los últimos seis meses: 81% (objetivo >66 %)
3. Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes: 74% (objetivo >75%)
4. Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos tres años: 78% (objetivo >60%)
5. Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año: (objetivo >60%)
-revisión microalbuminuria: 80%
-revisión filtrado glomerular: 95%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han alcanzado todos los objetivos mejorando el seguimiento del paciente diabético, pero se debe continuar con el proyecto y la necesidad de insistir, por parte de Medicina y Enfermería a los pacientes afectados de DM 2, para que acudan a las consultas programadas una vez realizada la citación.
Se podría mejorar la accesibilidad al Cuadro de mandos de diabetes, para que la responsable de consultarlo pudiera acceder a los resultados del resto del EAP

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:-----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
 - 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
 - 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
 - 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografía de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
 - 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
- SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN

1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA JUAREZ GRACIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ ALONSO ANGELES
SALAS MARIN PASCUAL
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO
SALINAS GISTAU ANA MARIA
BORRUEL CALZADA TERESA
CAMBRA FIERRO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Educación diabetológica, monitorización clínica y analítica. Los recursos humanos y materiales usados han sido personal del EAP y Cuadro de mandos de Diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo: 58%
Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de Hb. Alc en los últimos 6 meses: 62%
Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes: 77%
Porcentaje de pacientes diabéticos sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado retinografía de cribado en los últimos 3 años. Este objetivo se valorará en 2019.
Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año: revisión microalbuminuria 60%, revisión filtrado glomerular 86%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han alcanzado todos los objetivos, excepto el pie diabético y la revisión de Hb. Alc, debido a problemas en el EAP por traslado por concurso del responsable del proyecto y una larga baja laboral.
Evaluando los resultados, han estado por encima de la media tanto del sector de Barbastro como de Aragón.
Debemos seguir insistiendo en la necesidad de continuar realizando estas actividades, mejorando la cobertura de estos indicadores, que nos ayudan y son útiles para el control y la revisión del paciente diabético, evitando complicaciones y mejorando su pronóstico y calidad de vida.
Por lo tanto se realizará una revisión del Cuadro de mandos de Diabetes cada tres meses, para observar la evolución de los resultados

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1526 ===== ***

Nº de registro: 1526

Título
MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

Autores:
MONTERO MORATA CARLOS, JUAREZ GRACIA CRISTINA, GUILLEN SOLANO CARMEN, LOPEZ ALONSO ANGELES, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALINAS GISTAU ANA MARIA, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1526

1. TÍTULO

MEJORA DEL CONTROL DE LOS PACIENTES DIABETICOS

PROBLEMA

NUESTRO CENTRO DE SALUD PRESENTA UNA PREVALENCIA DE DIABETES EN TORNO AL 12%, ESTOS PACIENTES CONSUMEN RECURSOS IMPORTANTES Y PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES QUE IMPLIQUEN PÉRDIDA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y AUMENTO DE LA MORBI-MORTALIDAD. UN BUEN CONTROL DE ESTOS PACIENTES, PUEDE MEJORAR LAS COMPLICACIONES DESCRITAS ANTERIORMENTE.

RESULTADOS ESPERADOS

GARANTIZAR EL BUEN CONTROL DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS A TRAVÉS DE LA MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ESTABLECIMIENTO DE UN PLAN DE CUIDADOS ADECUADO

MÉTODO

EDUCACIÓN DIABETOLÓGICA, MONITORIZACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES: PERSONAL DEL EAP Y CUADRO DE MANDOS EN DIABETES

INDICADORES

- 1.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que figura la valoración del pie diabético de riesgo (objetivo: >80%)
 - 2.- Porcentaje de pacientes diabéticos en los que se ha realizado determinación de HbA1c en los últimos 6 meses (objetivo:> 66%)
 - 3.- Porcentaje de pacientes diagnosticados de DM con intervención específica de conocimientos deficientes en diabetes (objetivo > 75%)
 - 4.- Porcentaje de pacientes diabéticos, sin criterios de exclusión, a los que se ha realizado una retinografia de cribado en los últimos 3 años (objetivo >60%)
 - 5.- Porcentaje de pacientes diabéticos con control de microalbuminuria y filtrado glomerular en el último año (objetivo >60%)
- SE REALIZARÁ LA EVALUACIÓN POR EL EAP Y LA DAP DEL SECTOR DE BARBASTRO AL FINALIZAR EL AÑO 2017

DURACIÓN

1 año. Seran responsables de su implantación los citados anteriormente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO GIMENO INMACULADA
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
RAMON CASANOVA RICARDO
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Diseño de una Hoja de Registro de las Interconsultas (IC) realizadas a Urgencias, en la que se hace constar la fecha, identificación del paciente, si se realiza IC por Telemedicina (ICxTM) o se deriva directamente a Hospital, y si la ICxTM resolvió o no el problema urgente.
Se realizó reunión de Equipo para explicar el contenido del Proyecto y datos a registrar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Vaciados los datos recogidos en las hojas de registro, los hemos relacionado con los datos extraídos de IC registradas en OMI, obteniendo los siguientes indicadores:
Número de ICxTM a Urgencias en 2017 = 4
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2017: $4/102 = 3,92$
Porcentaje de ICxTM sobre el total de pacientes: $4/1386 = 0,288$
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a Hospital: $4/4 = 100 \%$
Añadimos otro indicador no planteado en inicio pero que consideramos interesante por lo que relaciona:
- Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en horario de mañana: $4/86 = 4,65$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Consideramos que en números absolutos se ha utilizado poco esta herramienta, pero en cambio se confirma su utilidad pues en todos los casos se ha solucionado la urgencia sin necesidad de derivar el paciente al hospital. Nos parece interesante el indicador que relaciona las ICxTM realizadas en horario de mañanas puesto que realmente refleja las posibilidades de esta herramienta, pues es en dicho tramo horario cuando disponemos de ella. Aunque el tramo horario de atención continuada es mayor, el volumen de consultas es mucho menor y se constata que la mayoría de las IC a Urgencias se realizan en el horario habitual de mañana.
Pensamos que esta herramienta es muy útil, pero somos conscientes de que cuesta su implantación. Si bien el porcentaje no parece elevado (alrededor del 4%), si se consiguiera que una cantidad similar de todas las IC a Urgencias se beneficiaran de ella, esa cifra sería "considerable", dado el volumen de urgencias hospitalarias que se registran al cabo del año.
Analizando los casos individuales, 3 de los ellos correspondían a patología traumatológica; curiosa coincidencia que fueron 3 fracturas vertebrales osteoporóticas, que tras realizar la placa se hizo la ICxTM y se resolvió de forma conjunta, con la participación del médico de urgencias y el especialista.
Hay que comentar que existe un sesgo de infrarregistro difícil de cuantificar. Los pacientes desplazados desaparecen del registro OMI, al igual que los fallecidos. En ocasiones se remiten pacientes a Hospital directamente desde su domicilio sin hacer hoja de IC en OMI. Igualmente no nos ha evaluado los registros del MAC de sector y de un profesional MAC del equipo que luego se trasladó. Todo ello aumentaría el denominador y conllevaría un discreto descenso del porcentaje.
Igualmente, comenzamos a registrar cuando el año ya estaba en curso. También somos conscientes de la dificultad de que todos los miembros del EAP nos impliquemos por igual y consigamos mantener un perfecto registro durante todo el año. Habrá que contar con ello a la hora de continuar con este proyecto.
Por otra parte, será interesante valorar la repercusión que pueda tener la implantación de la consulta virtual en las distintas especialidades respecto a la demanda de Urgencias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1544 ===== ***

Nº de registro: 1544

Título
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual .
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

MÉTODO
- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

INDICADORES
- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

DURACIÓN
Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDE LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PABLO GIMENO INMACULADA
ALBANO RIVARES MARIA JESUS
RAMON CASANOVA RICARDO
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Teniendo la hoja de registro de ICxTM ya diseñada, sin necesidad de modificación de la misma, se realizó reunión del EAP al objeto de explicar la continuación del proyecto, resolución de dudas y entrega de dicha hoja a todos los facultativos del EAP.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se solicitaron las hojas de registro y se contabilizó el número de pacientes a los que se realizó ICx TM a Urgencias. Dada la falta de registros continuados de IC a Urgencias se procedió a obtener dicho dato del programa OMI, siendo conscientes que ello supone un infrarregistro porque los remitidos desde su domicilio, desplazados o fallecidos desaparecen del programa OMI. Tampoco hay constancia de los remitidos a Urgencias desde su domicilio sin Hoja de IC de OMI.
De cualquier manera, sólo hay constancia de 1 paciente con ICxTM.
El número de IC a Urgencias desde el C.S. de Berbegal en 2018 registradas en OMI nos da un resultado de 97.
De ellas 8 corresponden al horario de Atención continuada y 11 constan contabilizadas pero paciente no encontrado (datos de baja).
Porcentaje de ICxTM sobre el total de pacientes del Centro: $1/1367 = 0,073\%$
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias en 2018: $1/97 = 1,03\%$
Porcentaje de ICxTM sobre el total de IC a Urgencias por las mañanas y con registro: $1/78 = 1,28\%$
Porcentaje de ICxTM resueltas sin derivar a hospital: $1/1 = 100\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Para evitar el problema de Infrarregistro, arriba comentado, se diseñó la hoja de datos incluyendo en ella los datos de derivación. Hemos constatado que su uso se fue abandonando progresivamente. El proyecto, por tanto, ha fallado desde su base.
Nos ha sorprendido la baja utilidad de esta herramienta pues sólo 1 profesional ha hecho uso de la misma y solamente en una ocasión.
Analizando estos resultados, encontramos diferentes causas posibles:
- Importante y principal, la falta de motivación e implicación individual en el proyecto.
- Dificultad de llevar un doble registro: en OMI y en la hoja correspondiente.
- La propia herramienta de ICxTM por lo que puede suponer de sobrecarga laboral.
- La presión asistencial, dado que la urgencia siempre conlleva tiempo y altera la dinámica habitual de la consulta.
- Necesidad de solución rápida que demanda el paciente, lo que puede inducir a derivar al hospital directamente.
- Implantación de la Interconsulta virtual con Atención Especializada.
- Añadimos otra: somos un equipo pequeño, que asume las mismas actividades que otros y donde las tareas se reparten entre pocas personas, lo que implica un plus de sobrecarga a veces difícil de llevar. Si a ello se le añade algún cambio de personal o baja laboral, la dinámica se complica.
Sería interesante conocer cómo asumen esta actividad otros EAP y si realmente se le da el valor que tiene o queda infravalorada e infrautilizada. Nos llevaría a una reflexión conjunta sobre la propia atención primaria: ¿Somos capaces de ir asumiendo actividades? ¿Queremos y podemos implicarnos más en nuestro trabajo?
A pesar de que estamos convencidos de su utilidad en ciertas situaciones urgentes, no hemos sabido integrarla en nuestra actividad clínica habitual, y es por ello que damos por finalizado este proyecto asistencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1544 ===== ***

Nº de registro: 1544

Título
INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PABLO GIMENO INMACULADA, ALBANO RIVARES MARIA JESUS, RAMON CASANOVA RICARDO, LAPLAZA ARA SONIA, MONTERO MORATA CARLOS, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Patologías que a menudo consideramos urgentes no siempre son subsidiarias de atención hospitalaria. Dudas clínicas, diagnósticas o terapéuticas se podrían muy bien orientar o incluso solucionar con el asesoramiento de otros profesionales. Se trata de utilizar una herramienta que ya tenemos, como es la Interconsulta virtual con el Servicio de Urgencias, para ayudarnos a tomar las decisiones adecuadas ante situaciones urgentes que podrían resolverse sin necesidad de remisión del paciente al hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Facilitar al profesional de primaria la asistencia y resolución de patologías urgentes potencialmente solucionables a dicho nivel.
- Evitar desplazamientos innecesarios de los pacientes al Servicio de Urgencias del Hospital, lo que además contribuye a disminuir la carga asistencial en dicho servicio.
- Integrar progresivamente la Interconsulta por telemedicina al Servicio de Urgencias en nuestra actividad habitual.
- Fomentar pautas asistenciales y terapéuticas comunes y complementarias entre primaria y especializada.

MÉTODO

- El personal del EAP identifica al paciente que precisa de atención urgente y con los datos que dispone valora la susceptibilidad de solucionar la urgencia desde atención primaria con el asesoramiento del personal de urgencias del Hospital, mediante consulta virtual con dicho servicio. En tal caso hace la IC a Urgencias y comprueba en la Intranet que la IC está bien realizada (Intranet, Servicio, Primaria, Berbegal, Telemedicina, Teleinterconsulta, Primaria, Solicitudes). Abre la pestaña de Crear Formulario y resalta los datos o pruebas pertinentes que precisan ser valoradas, además del teléfono de contacto. Posteriormente contactar con el servicio de Urgencias a través del nº 638891212 ó extensión 720150 y se les notifica que se ha hecho la IC.
- Para la captación y registro se diseñarán unas hojas en las que consten las IC a Urgencias realizadas en horario de mañanas, derivadas al hospital directamente o bien realizada IC por telemedicina. En este caso constará si finalmente la urgencia fue resuelta en primaria o precisó remisión a hospital. Cada médico dispondrá en su consulta de esta hoja de registro.
- Reunión del EAP explicativa del Proyecto y registros a realizar.
- Entre los recursos humanos contamos con el personal del EAP de Berbegal y el personal responsable de atender las IC del Servicio de Urgencias del H. de Barbastro.

INDICADORES

- Número de IC realizadas a Urgencias por Telemedicina.
- Porcentaje de IC realizadas por Telemedicina sobre el total de IC a Urgencias del Centro de salud, en horario de mañanas.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina sobre el total de pacientes del centro de salud.
- Porcentaje de IC realizadas por telemedicina resueltas en Atención Primaria sin necesidad de remisión a Hospital.

DURACIÓN

Durante todo el año 2017.
Reunión en la primera quincena de Julio.
Se realizará a final de 2017 evaluación del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1544

1. TÍTULO

INTERCONSULTA POR TELEMEDICINA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0146

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE FRANCISCO ALCUBIERRE CURA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BERBEGAL
· Localidad BERBEGAL
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAPLAZA ARA SONIA
GARCIA MINGUEZ MARIA
JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA
LOPEZ ALONSO ANGELES
GUILLEN SOLANO CARMEN
CABRERO CALVO MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo se realizó en Marzo de 2019 y el 21/03/19 se presentó el Proyecto al Equipo. Posteriormente el 27/03/19 se hizo la sesión clínica formativa sobre el manejo del aparato de MAPA y sobre la interpretación de los resultados. Se diseñó una Hoja de registro donde se volcaban los datos referentes a la adecuación de la prueba, la indicación de la misma, si se le diagnosticaba de HTA o no, si el paciente era Dipper o No Dipper, si la prueba era para valoración del tratamiento y si ello implicaba un cambio del mismo. Durante el año 2019 se registraron un total de 9 estudios MAPA, lo que supone haberla realizado al 0,64% de la población mayor de 14 años adscrita al centro (1395 TIS). De estos 9 estudios realizados, 3 de ellos (33,3%) se realizaron por sospecha de HTA, lo que se confirmó en los 3 casos, siendo además los 3 No Dipper. Los otros 6 estudios fueron realizados para valoración del tratamiento. La mitad de ellos (3) precisaron cambio de tratamiento por mal control tensional reflejado en el estudio. De estos 6 estudios que ya llevaban tratamiento 5 eran Dipper y 1 caso era No Dipper.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Vaciados los datos recogidos en las hojas de registro, hemos obtenido los siguientes indicadores:

- Número absoluto de MAPA realizadas en 2019: 9
- Pacientes incluidos que cumplen criterios de inclusión: $9/9 \times 100 = 100\%$
- Pacientes con indicación de MAPA para diagnóstico de HTA: $3/9 \times 100 = 33,3\%$
- Pacientes diagnosticados de HTA con MAPA: $3/3 \times 100 = 100\%$
- Pacientes con resultado negativo de HTA con MAPA: $0/3 \times 100 = 0$
- Pacientes con indicación de MAPA para valoración de Tratamiento: $6/9 \times 100 = 66,6\%$
- Pacientes con modificación del tratamiento tras la prueba: $3/6 \times 100 = 50\%$
- Pacientes No Dipper del total de estudios: $4/9 \times 100 = 44,4\%$
- Pacientes No Dipper que ya llevaban tratamiento: $1/6 \times 100 = 16,6\%$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Aunque no han sido muchos los estudios realizados en cómputo global, consideramos que es una cifra valorable como implantación, pues valorando los resultados obtenidos consideramos que ha sido de utilidad. El hecho de haber tenido cambios en la plantilla durante el año creemos que ha podido influir en que la prueba no se haya ofertado y realizado a un mayor número de pacientes.

Aunque la MAPA tiene numerosas indicaciones, en nuestro caso se ha limitado a la confirmación de diagnóstico de HTA y en mayor porcentaje a la valoración del tratamiento. Ha servido para confirmar casos nuevos de HTA y para modificar el tratamiento farmacológico de otros. Los resultados obtenidos han implicado una actitud diagnóstica y/o terapéutica, lo que refuerza la utilidad de la herramienta MAPA.

Es por ello que el equipo asume la continuación de este proyecto asistencial ya implantado, por considerarlo factible y muy útil.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/146 ===== ***

Nº de registro: 0146

Título
INTEGRAR LA MONITORIZACION AMBULATORIA DE LA PRESION ARTERIAL(MAPA) COMO ACTIVIDAD DEL CENTRO DE SALUD DE BERBEGAL

Autores:
ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, LAPLAZA ARA SONIA, SALAS MARIN PASCUAL, JUAREZ GRACIA MARIA CRISTINA, LOPEZ ALONSO ANGELES, GUILLEN SOLANO CARMEN, CABRERO CALVO MARIA CARMEN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0146

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BERBEGAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Dado que la HTA es un problema de salud de gran prevalencia y cuyo diagnóstico y control conlleva repercusiones en la vida del paciente, es obligado realizar un diagnóstico de certeza, incluyendo y controlando correctamente a los pacientes hipertensos y excluyendo del tratamiento a quien no le corresponde.

La tensión arterial es una variable sujeta a múltiples oscilaciones por muy diferentes causas. Es por ello que existen patrones de comportamiento diferentes. Esta técnica permite realizar múltiples medidas tensionales, mientras el paciente se encuentra realizando su actividad habitual, lo que supone una medida tensional adecuada a la realidad del paciente.

Consideramos que se trata de una técnica imprescindible para un correcto manejo de pacientes cuyo diagnóstico puede estar en duda o cuyo seguimiento puede ser tributario de un beneficio añadido. Disponiendo en el C. de Salud de un monitor MAPA, que ya se ha utilizado esporádicamente, nos proponemos incluirlo de manera programada en nuestra práctica clínica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Ofertar la exploración con MAPA a toda la población adulta que presente cifras tensionales que no concuerden con su situación clínica, estén o no diagnosticados de HTA, o se sospeche un mal control tensional con un tratamiento supuestamente correcto.
- Mejorar el correcto diagnóstico del paciente hipertenso.
- Corregir y ajustar el tratamiento de la hipertensión.
- Integrar progresivamente esta técnica MAPA en nuestra actividad clínica.
- Aumentar la capacidad de resolución desde la Atención Primaria

MÉTODO

- Elaboración de un Protocolo del Proyecto, en el que consten las indicaciones de MAPA y actividades a desarrollar, así como los responsables de las mismas. Incluirá hoja de registro de los datos a controlar y evaluar.
- Exposición del proyecto al Equipo para su debate y consenso.
- Sesión clínica formativa sobre MAPA: incluirá funcionamiento del aparato, instrucciones al paciente y el análisis de los resultados obtenidos.
- Agenda abierta para citación de MAPA.
- Ofertar la realización de la prueba a los pacientes seleccionados.
- Realización de MAPA a todos los pacientes captados que cumplan alguno de los siguientes criterios de indicación:
 - a.- Hipertensión Clínica Aislada (hipertensión de bata blanca). Diferente al efecto bata blanca que suele desaparecer con las sucesivas visitas.
 - b.- Hipertensión estadio 1 (TAS 140-159 y/o TAD 90-99) sin evidencia de afectación de órganos diana: nos daría el diagnóstico, nos ayudaría a iniciar tto farmacológico o esperar si no existen otros factores de riesgo.
 - c.- HTA límite con afectación de órganos diana.
 - d.- Valoración del perfil circadiano: detección de pacientes No Dipper, cuyo riesgo cardiovascular es mayor.
 - e.- Evaluación del Tratamiento en:
 - 1) Pacientes cuyas cifras de PA en consulta no concuerdan con la afectación de órganos diana a pesar de un correcto tratamiento.
 - 2) Casos de gran variabilidad durante el día o en diferentes días.
 - 3) Pacientes con Hipertensión Resistente o Refractaria.
 - 4) Evaluación del Índice valle/pico y del Índice de Homogeneidad.
 - f.- Hipotensión Transitoria: importante en diabéticos y ancianos.
 - g.- Hipertensión Paroxística

INDICADORES

- Protocolo realizado en tiempo y forma.
- Número absoluto de MAPA realizadas en el año.
- Porcentaje de pacientes que cumplen criterios de inclusión.
- Porcentaje de pacientes diagnosticados de HTA con MAPA
- Porcentaje de pacientes con resultado negativo de HTA con MAPA
- Porcentaje de pacientes No Dipper hallados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0146

1. TÍTULO

INTEGRAR LA MAPA COMO ACTIVIDAD DEL C.S. DE BERBEGAL

- Porcentaje de pacientes con indicación de MAPA para valoración del tratamiento.
- Porcentaje de pacientes con modificación del tratamiento tras la prueba.

DURACIÓN

Primera quincena de Marzo de 2019: presentación del Proyecto al EAP y aprobación del mismo.

Segunda quincena de Marzo de 2019: Sesión clínica formativa sobre adiestramiento en el correcto manejo del equipo de MAPA e interpretación y análisis de los resultados.

Abril de 2019: Implantación del proyecto.

Desarrollo a lo largo de 2019.

Evaluación a finales del año 2019. Se incluirán también pacientes con la prueba realizada correctamente en los 3 meses previos al inicio del proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Información a la familia de la realización de la educación grupal mediante folleto informativo que se enviará por correo ordinario, y animar a apuntarse a la misma. La familia interesada contactará con el equipo de Pediatría para elegir grupo.
- Contacto con Salud Pública para solicitar ejemplares del Documento de Salud del Asma en Pediatría.
- Contacto con coordinador del centro y dirección de AP del hospital para acordar lugar de realización de las sesiones grupales, calculando 50 niños con 1 o 2 acompañantes adultos y divididos en 2 sesiones de unas 2 horas cada una: se acuerda solicitud de aula al Ayuntamiento de Binéfar, dado que el centro de salud no dispone de salas para albergar el elevado número previsto de asistentes.
- Impartición de 2 sesiones formativas dirigidas a los niños y sus familias, cuyo objetivo es mejorar el conocimiento de la patología y el control de las crisis de asma mediante educación grupal. Se realizarán en las fechas programadas en una de las aulas multifuncionales del Ayuntamiento de Binéfar (pendiente de confirmación), en 2 grupos de 25 niños divididos según disponibilidad familiar, para alcanzar mejores coberturas y trabajar con grupos más reducidos.

Primera parte: Formación teórica mediante presentación Power Point: qué es el asma, sus síntomas y posibles desencadenantes, reconocimiento de una crisis de asma. Medidas ambientales a adoptar para evitar futuras crisis.

Segunda parte: Formación teórico-práctica. Tratamiento del asma (agudo y crónico), uso y manejo de los diferentes tipos de inhaladores y sus cámaras, educación en autocontrol domiciliario del asma: manejo del tratamiento crónico y actuación ante una crisis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estimación de la prevalencia de niños con asma moderada - grave en nuestras consultas previa a la realización del proyecto: 51/1623 (3,2%).
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos previa realización del proyecto: 34/51 (66,66 %). 17 pacientes no vacunados (33,3%) por distintos motivos: 11 por negativa familiar (3 de los cuales el motivo era alergia al huevo), 4 por no conseguir localizarlos, 2 por controles en médicos privados.
- Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener resultados e indicadores propuestos:
- aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP,
 - nº niños - familiares que asisten a las sesiones / nº asmáticos convocados,
 - aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 10%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
- Dificultad para la realización de sesión grupal por el número elevado de posibles participantes (50 niños con acompañantes) y necesidad de desplazamiento fuera del centro para llevar a cabo la actividad.
- Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Autores:
MIRALBES TERRAZA SHEILA, JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbaciones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

MÉTODO

- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

INDICADORES

- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en último año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

DURACIÓN

- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter grupal se informó a las familias de niños asmáticos o con hiperreactividad bronquial (a través del programa OMI-AP) mediante el envío de un folleto informativo por correo ordinario. Además, para llegar a más familias, se informaba a los niños candidatos que acudían a las consultas y se informó a través de la red social Facebook de Pediatría Binéfar. Con el fin de conseguir una buena educación grupal, se impartieron 2 sesiones formativas en diferente horario en función de la disponibilidad de horario laboral de la familia: una por la mañana de 9.30 h a 11.00 h y otra por la tarde de 15.30 h a 17.00 h. Las sesiones tuvieron lugar el 9 mayo del 2018 en el aula del Ayuntamiento de Binéfar, y la charla fue impartida por Pediatra y Enfermera de las consultas de Atención Primaria.

La Primera Parte de la sesión consistió en formación teórica sobre el asma. Mediante una presentación de Power Point de unos 45 min de duración, se explicó: concepto de asma, sus desencadenantes, síntomas, diagnóstico, tratamiento agudo y crónico, medidas preventivas. Se utilizaron videos y diversas imágenes gráficas para aclarar los conceptos.

La segunda parte consistió en formación teórico - práctica, centrándose en el uso correcto de los diferentes tipos de inhaladores y sus cámaras, y en el manejo correcto de medicación aguda o crónica mediante ejemplos de casos clínicos. Como material, se llevaron del centro diferentes dispositivos de inhalación placebo y varios modelos de cámaras para que las familias aprendiesen mejor su manejo y lo practicasen bajo la supervisión de un profesional. Se realizaron ejercicios de role - playing para detectar y corregir errores frecuentes.

Entregamos a cada familia asistente una hoja informativa del asma y otra hoja ilustrativa para el manejo correcto de las cámaras de inhalación. Se les explicó la continuidad del seguimiento individual del asma en consultas mediante 2 citas anuales: en octubre-noviembre y en abril-mayo.

Al finalizar, los asistentes realizaron una pequeña encuesta de satisfacción para que los padres pudieran valorar en una escala del 1 (muy insatisfecho) al 5 (muy satisfecho) varios aspectos: contenido teórico de la charla, contenido práctico, medios y materiales utilizados, horario y duración de la charla, y puntuación global.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estimación de la prevalencia de niños con asma moderada - grave en nuestras consultas previa a la realización del proyecto: 51/1623 (3,2%).
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos previa realización del proyecto: 34/51 (66,66 %). 17 pacientes no vacunados (33,3%) por distintos motivos: 11 por negativa familiar (3 de los cuales el motivo era alergia al huevo), 4 por no conseguir localizarlos, 2 por controles en médicos privados.
- Coberturas vacunación antigripal en niños asmáticos posterior a la realización del proyecto: 30/34 = 88,23%. Este resultado supone un aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos.
- Aumento de la tasa de vacunación en niños asmáticos del 13.23%. (36/48 = 75% en la campaña del 2017, 30/34 = 88.23% en la campaña del 2018).
- Asistencia a las sesiones: 10 /34 = 29.4%. (Nº familiares que asisten a las sesiones / nº asmáticos convocados).
- Medias de la puntuación en la Encuesta de satisfacción:
 - Contenido teórico de la charla: 4.875
 - Contenido práctico de la charla: 4.875
 - Medios y materiales utilizados: 4.75
 - Horario y duración de la charla: 4.5
 - Valoración global: 4.875

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 10%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad, y aumentar la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Escasa asistencia a las sesiones formativas. Probablemente por el horario y el lugar de realización de las mismas.
- Corrección de errores en la técnica de inhalación debido a la realización de la misma bajo supervisión de un profesional.
- Muy buenos resultados en las encuestas de satisfacción realizadas por las familias asistentes.
- Tras las conclusiones finales de este proyecto, decidimos realizar otro proyecto educativo para niños y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

familiares pero de manera individual desde las consultas de Pediatría y Enfermería Pediátrica para seguir mejorando el diagnóstico y seguimiento de nuestros pacientes asmáticos, el cual se está desarrollando a lo largo de este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/727 ===== ***

Nº de registro: 0727

Título
MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

Autores:
MIRALBES TERRAZA SHEILA, JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y adolescencia en nuestro medio, afectando al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública ya que disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares y produce elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento de la enfermedad y en su manejo es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma, que se resumen en una mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Es importante implicar al niño y su familia en el tratamiento y control de la enfermedad para que asuman un papel activo, responsable y eficiente sobre su cuidado. Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de que el niño y su familia sepan reconocer los desencadenantes del asma y sepan actuar ante una crisis asmática, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Mejorar el registro en OMI-AP de los niños incluidos en el programa del niño asmático. Conocer la prevalencia de la enfermedad en nuestro medio.
- Mejorar el conocimiento de la patología y sus síntomas por parte del niño y familiares. Mejorar sus autocuidados y la adhesión al tratamiento.
- Mejorar el control de las crisis, disminuir las exacerbaciones de la enfermedad. Disminuir la demanda asistencial que genera.
- Usar de forma adecuada los inhaladores. Aumentar los conocimientos sobre técnicas de inhalación.
- Aumentar el conocimiento sobre los desencadenantes. Prevención del tabaquismo pasivo o activo en adolescentes.
- Aumentar la proporción de niños con factores de riesgo vacunados de gripe estacional (niños asmáticos vacunados).

MÉTODO
- Registro adecuado de los niños con asma en el programa del niño asmático.
- Se programarán un mínimo de 3 sesiones para cada niño/familia. Se pretende hacer educación grupal bajo consentimiento informado. El programa que seguirá el niño estará basado en el Documento de salud del Asma en pediatría del Gobierno de Aragón.
- Primera sesión: Formación teórica sobre la enfermedad a los padres/familias/cuidadores: mejor conocimiento de la patología, sus síntomas y de los desencadenantes de las crisis asmáticas. Responder posibles dudas.
- Segunda sesión: Formación teórico-práctica sobre uso de inhaladores y plan de manejo del asma. El niño con asma activa o su familia/cuidadores debe tener un plan de manejo por escrito y conocer como actuar si presenta síntomas.
- Tercera sesión: motorización de los síntomas. Educación en autocontrol del asma.
- Recomendar vacunación antigripal estacional.
- Seguimiento periódico del niño asmático.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0727

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ATENCION DEL ASMA INFANTIL MEDIANTE EDUCACION GRUPAL

INDICADORES

- Aumento de la cumplimentación del programa del niño asmático en OMI-AP.
- Porcentaje de niños asmáticos (o familiares) que asisten al total de sesiones grupales: 50%
- Porcentaje de niños asmáticos a los que se les ha realizado educación dirigida sobre técnica de inhalación: 80%
- Número de niños/familiares que asisten a las sesiones/número de asmáticos convocados (asma activa en ultimo año y programa de niño asmático recogido en OMI-AP): 50%
- Aumento de la tasa de vacunación de niños asmáticos: 75%

DURACIÓN

- Noviembre a enero: Creación del grupo de trabajo, actualización bibliográfica y elaboración de las sesiones.
- Febrero: Captación activa de los niños con asma.
- Marzo a septiembre: Programación y realización de las sesiones formativas para niños y familiares.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
GALINDO SERRANO IZARBE
RUIZ ALMENARA VALENTIN
ALCAY MARIN FRANCISCO
LERIS OLIVA JOSE MARIA
GUEVARA LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Formación: se han realizado 2 cursos desde el inicio del proyecto. Uno en mayo del 2017 con 10 profesionales del sector de 8 EAP (Aínsa, Benabarre, Binéfar, Barbastro, Tamarite, Fraga, Monzón Urbano y Monzón Rural). Posteriormente se hizo otro curso en noviembre del año 2017 con 18 asistentes más. Estos cursos son de una duración larga, que incluye varias sesiones de recuerdo y una sesión final del curso. Actualmente estos 2 cursos han finalizado, por lo que contamos con más de 15 profesionales formados de la mayoría de los Equipos de Atención Primaria del Sector. En este curso se establecieron los circuitos de derivación y se protocolizaron diferentes patologías.

- Posteriormente (marzo-abril 2018) tras buscar ubicación en los centros de salud, se inicia la actividad en los mismos, con agendas propias y abiertas. Actualmente hay agenda abierta en Aínsa, Monzón, Binéfar, Fraga y Graus.

- Se han hecho algún análisis preliminar de la actividad del año 2018, pero de momento no hemos encontrado la manera adecuada de hacerlo (bien porque se saca de las peticiones y no de las realizadas; o también porque no es posible diferenciar entre la petición sin interconsulta). Se está trabajando con el servicio de informática para crear una SQL que extraiga los datos de agendas de OMI y así poder evaluar todos los años posteriores con la finalidad de hacer un seguimiento de actividad. Otro de los indicadores que nos gustaría obtener es el porcentaje de ecografías que se realizan en AP en las que se solicita interconsulta a radiología para realizar ecografía diagnóstica, con el fin de valorar la autonomía de AP.

- En un futuro nos gustaría contar con otro ecógrafo en la ZBS de Castejón de Sos (2019?), una de las poblaciones más alejadas del hospital, pero hasta la fecha no se han conseguido la financiación necesaria para su adquisición. También nos gustaría contar con otro ecógrafo para el Centro de Salud de Barbastro, pero actualmente es imposible porque no hay ninguna sala en la que se pueda instalar el mismo. Cuando se construya el nuevo centro (2020?) se espera contar con ello.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido la mayoría de objetivos planteados al inicio del proyecto, excepto el inicio de actividad en el CS de Barbastro.

Las agendas tienen actividad regular, se ha extendido su petición y hasta la fecha funciona todo sin incidencias. 15 profesionales formados de 7 EAP.

6 EAPs con agenda activa.

Número de ecografías realizadas: carecemos del dato fiable de los sistemas de información disponibles hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha realizado de forma lenta, ha sido difícil poner en marcha la totalidad de actividades, han surgido incidencias y problemas, pero finalmente se han podido resolver y parece que la actividad se ha consolidado de manera satisfactoria en AP.

Hay una alta satisfacción entre profesionales y pacientes con el funcionamiento del nuevo servicio, si bien es cierto que esto no se ha podido medir de forma adecuada. También nos gustaría medir si ha tenido impacto en la reducción de las listas de espera en Especializada.

El proyecto se ha finalizado, se han alcanzado los objetivos que se plantearon en el inicio se han cumplido y la actividad ya forma parte de la cartera de servicios de atención primaria.

La intención es extenderlo a más Equipos de Atención Primaria por todo lo expuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1476 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

Nº de registro: 1476

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
VALLES GALLEGO VICTOR, ROMERO NEVADO FERMIN, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, GALINDO SERRANO IZARBE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, LERIS OLIVA JOSE MARIA, GUEVARA LOPEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos. La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología. La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

RESULTADOS ESPERADOS
- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

MÉTODO
- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
- Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
- Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
- Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

INDICADORES
- Nº de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- nº de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA EN LOS CENTROS DE SALUD

- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

DURACIÓN

Primer trimestre 2017:

Dotación de ecógrafo al CS Barbastro

Curso de formación básica en ecografías

Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)

Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS

2º-3º trimestre:

Formación avanzada y estudio de concordancia

Inicio actividad en el CS Barbastro.

Interconsulta virtual con radiología

4º trimestre:

Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.

1º trimestre 2018:

Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA
SANZ PUERTOLAS PATRICIA
BUIL VIDALLER JOSE ANGEL
ORTEGA GARRIDO DOLORES
PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se inicio la realización en nuestro centro de Ecografías de hombro con la detección de patología tributaria de mejora con la derivación al servicio de Rehabilitación de cara no solo de realización de técnicas recuperadoras sino del adiestramiento en la realización de ejercicios diarios domiciliarios de cara a la no perdida de masa muscular de la cintura escapular correspondiente.
El director del proyecto fue trasladado al poco tiempo de aprobación del mismo con lo que la actividad se vio paralizada y aunque la realización de Ecografías de hombro se ha realizado y la derivación se han producido errores en la recogida de datos de forma informática siendo muy difícil la recuperación de los resultados de dicha actividad. Se ha previsto ya la subsanación de dichos errores y la sustitución de dicho coordinador de cara a la consecución de objetivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha podido evaluar dado el fallo de recogida informático

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la importancia de dicha actividad en la recuperación de estos pacientes nuestra intención es continuar con dicha actividad procediendo a la sustitución del director del proyecto por Dr Fermin Romero Nevado y creación de una agenda exclusiva para citación de dichos pacientes aplicando diferentes índices de medición de mejora percibida por el paciente y mejora objetivada en forma, de incremento de los grados de movilidad y disminución de dolor de los mismos, así mismo el porcentaje de Ecografías de hombro que precisan derivación a este servicio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, ROMERO NEVADO FERMIN, GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, SANZ PUERTOLAS PATRICIA, BUIL VIDALLER JOSE ANGEL, ORTEGA GARRIDO DOLORES, PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA, TABUENCA PUEYO MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos ..: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

La Atención Primaria es el nivel básico de atención al usuario, para el desarrollo de las funciones de prevención y promoción de la salud se incluye la figura del fisioterapeuta como servicio de apoyo para el manejo de procesos de baja complejidad hacia el autocuidado y la capacidad resolutoria en este primer nivel asistencial.

El hombro doloroso es un problema clínico frecuente y una de las consultas más prevalentes en AP, siendo las lesiones músculo-tendinosas las patologías más frecuentes y la ecografía la herramienta más eficaz para su estudio y de reciente inclusión en nuestro EAP.

RESULTADOS ESPERADOS

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales y agilizar la atención se definieron los circuitos de derivación y se requiere la actuación coordinada de profesionales con pautas consensuadas, en el caso que nos ocupa, desde las Unidades de Fisioterapia de AP se propone la implantación de un programa de ejercicio físico terapéutico para personas con patología musculoesquelética de baja complejidad localizada en el hombro.

La población diana son pacientes con dolor de hombro con escasa pérdida de movilidad derivados tras estudio de Ecografía. El objetivo es que los pacientes participantes adquieran las habilidades necesarias para continuar realizando los ejercicios y pautas indicadas en su domicilio.

Para garantizar la continuidad asistencial los pacientes con procesos de mayor complejidad continuarán siendo atendidos en los servicios de rehabilitación, cuya accesibilidad en tiempo de espera se verá beneficiada, al tratar a pacientes menos complejos en el ámbito de Atención Primaria.

MÉTODO

Se plantean 4 sesiones de fisioterapia de 30 minutos durante dos semanas (dos sesiones a la semana) y una evaluación sobre la efectividad de la terapia al mes de finalizar las sesiones, valorando la adherencia y seguimiento en domicilio de las pautas indicadas, la satisfacción del paciente y la mejora de la funcionalidad.

INDICADORES

NUMERO DE ECOGRAFÍAS OSTEOMUSCULARES DE HOMBRO REALIZADAS.
NUMERO DE DERIVACIONES INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA TRAS EL DIAGNOSTICO CON ECOGRAFÍA.

DURACIÓN

INICIO ABRIL 2018
FINAL 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 - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA
PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA
ORTEGA GARRIDO DOLORES
SANZ PUERTOLAS PATRICIA
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras la aprobación realizamos una sesión clínica para explicar el proyecto. Contamos con un ecógrafo en el centro y un médico de familia con experiencia en el diagnóstico ecográfico de patología osteomuscular. Se explicaron los requisitos de derivación a dicho especialista de la patología de hombro pendiente de filiar y la necesidad de aportar radiografías previas para completar el estudio. Tras el diagnóstico de la patología tendinosa del hombro en pacientes no susceptibles de cirugía se derivaron a los pacientes a la consulta de RHB diseñada para dicha recuperación. Se practicó una visita por FISIOTERAPIA a cada uno de los pacientes derivados, pasándoles un test de valoración del grado de dolor que aquejaban y se les realizó pruebas exploratorias de movilidad de cara a detectar los déficits de movilidad de cada uno de los tendones del manguito de los rotadores afectado. Tras esto se decidían si el paciente presentaba o no dolor para no impedir la realización de ejercicios. Si el dolor era muy importante se decidió pauta de Rehabilitación antialgica y tras esta o si el dolor no era limitante se decidían los ejercicios de recuperación más adecuados para cada paciente en un inicio dejados a criterio del fisioterapeuta y posteriormente valorando la evolución de forma mas estandarizada. Dichos ejercicios se realizaban en sucesivas sesiones de adiestramiento y entrenamiento acompañado, con el objetivo de la potenciación muscular de los tendones no lesionados y el refuerzo de aquellos lesionados de cara a la mejora de la movilidad y disminución del dolor junto con la mejora de la movilidad de dicha articulación. Al finalizar las sesiones se volvía a pasar el mismo test de valoración para comparar la diferencia con el previo y de esta forma determinar si se consiguió mejora o no. Durante el proceso y fruto de las reuniones periódicas realizadas entre los miembros del proyecto en las que se evaluaba la evolución del mismo se decidió cambiar el contenido del test realizado completando con un mayor número de ítems que determinaban en mayor medida las diferencias conseguidas gracias a dicha terapia (valoración de las actividades de la vida diaria, balance articular de los diferentes movimientos del hombro) obteniéndose una puntuación pre-sesiones y otras post-sesiones, así como ya he comentado estandarizamos los ejercicios a adiestrar y realizar para evitar diferencias que influenciaran los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el primer periodo se trataron 34 pacientes de los cuales a través de la valoración de la escala de dolor EVA se observo que:
-15 mejoraron al menos en un descenso de dos puntos el grado de dolor
-2 no pudieron valorarse por abandono del tratamiento
-2 no acudieron a la consulta final de valoración
-15 por diferentes motivos no fueron valorados en ningún momento a pesar de realizar las sesiones. (debido a la rotación del personal tanto de medicina como de Fisioterapia dado que los periodos han sido coincidentes con coberturas itinerantes de personal
En el segundo periodo se trataron 43 pacientes de los que por medio de la medición de nuevos ítems (valoración de las actividades de la vida diaria, balance articular de los diferentes movimientos del hombro) se obtuvo una puntuación pre-sesiones y otras post-sesiones:
11 fueron testeados con los siguientes resultados:
9 mejoraron el grado de dolor .
1 permaneció igual.
1 no pudo ser valorado al final de las sesiones por no acudir a la consulta final
En cuanto a la mejora del arco de movilidad
5 mejoraron la movilidad de un tipo de movimiento.
3 mejoraron dos tipos de movimiento.
2 permanecieron igual.
1 no fue valorado por el mismo motivo
Mejora de las actividades de la vida diaria
2 mejoraron al menos un tipo de actividad de la vida diaria
8 permanecieron igual en cuanto a este ítem
1 no fue valorado.
De 32 pacientes no disponemos por los motivos anteriormente comentados de tests posteriores al tratamiento a pesar de realizar las sesiones y el adiestramiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por todo lo dicho se concluye que en la gran mayoría de los pacientes evaluados conseguimos mejorar el grado de dolor de forma importante con la actuación realizada . Como mínimo se estabiliza en los pocos pacientes que no mejoró.
En cuanto a la movilidad de la articulación también hemos observado la mejora de la misma en la mayor parte de forma manifiesta y en los menos no empeoro.
En el apartado de valoración de la mejora de las actividades de la vida diaria nuestra actuación consiguió mejorarla en muy pocos pacientes, por el contrario a la mayoría consigue estabilizarlos.
Nuestra evolución en la implementación de nuevos test mucho mas completos que los previos ha sido muy positiva para valorar mejor nuestra actividad pero no hemos sido capaces de realizar la versión mas completa a todos y cada uno de los pacientes incluidos lo que hace que nuestra valoración de los resultados sea mas escasa y no tan exacta aunque marca bastante claramente la tendencia. De la misma forma hemos de conseguir involucrar a todo el equipo (medicina y enfermería) de cara a concienciar al paciente en que el propio motor de su recuperación reside en ellos y no confiar tanto en el uso de antiinflamatorios como via de mejora y de la misma forma crear por parte de los profesionales en que esta es una via de mejora y no tanto confiar en la labor del servicio de fisioterapia como via de derivación del paciente sin involucrarse ellos en el apoyo, concienciación y adiestramiento de los propios pacientes.
Los pacientes solicitan del servicio de fisioterapia habitualmente la masoterapia como via de mejora de sus patologías y esta nueva visión de la recuperación cuenta en un principio con la incomprensión por parte de los mismos lo que hace que su colaboración precise de apoyo por el resto de profesionales.
Esta es una forma de acceder a mas gente con los mismos recursos y conseguir una mayor recuperación

7. OBSERVACIONES.

A modo de resumen nuestra actuación ha conseguido mejorar el dolor y la movilidad de la articulación con la consiguiente mejora de dichos pacientes y lo que conlleva disminución de la necesidad de analgésicos involucrando en su propia recuperación al paciente comprometiéndolo en ella y concienciando al mismo de la importancia de la continuación de la realización de los ejercicios aprendidos de cara a mantener la funcionalidad y disminución del dolor de una articulación en la que el déficit mecánico persistirá en el futuro por tratarse de lesiones irreversibles muchas de ellas
Por todo lo dicho nos planteamos integrar esta actuación como un servicio mas dentro la Fisioterapia de nuestro centro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/967 ===== ***

Nº de registro: 0967

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, ROMERO NEVADO FERMIN, GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, SANZ PUERTOLAS PATRICIA, BUIL VIDALLER JOSE ANGEL, ORTEGA GARRIDO DOLORES, PUYOL RAMI MARIA ESMERALDA, TABUENCA PUEYO MIREYA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Atención Primaria es el nivel básico de atención al usuario, para el desarrollo de las funciones de prevención y promoción de la salud se incluye la figura del fisioterapeuta como servicio de apoyo para el manejo de procesos de baja complejidad hacia el autocuidado y la capacidad resolutoria en este primer nivel asistencial.

El hombro doloroso es un problema clínico frecuente y una de las consultas más prevalentes en AP, siendo las lesiones músculo-tendinosas las patologías mas frecuentes y la ecografía la herramienta más eficaz para su estudio y de reciente inclusión en nuestro EAP.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0967

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA LA ATENCION DE LAS LESIONES MUSCULO-TENDINOSAS DE HOMBRO EN ATENCION PRIMARIA

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a los servicios asistenciales y agilizar la atención se definieron los circuitos de derivación y se requiere la actuación coordinada de profesionales con pautas consensuadas, en el caso que nos ocupa, desde las Unidades de Fisioterapia de AP se propone la implantación de un programa de ejercicio físico terapéutico para personas con patología musculoesquelética de baja complejidad localizada en el hombro.

La población diana son pacientes con dolor de hombro con escasa pérdida de movilidad derivados tras estudio de Ecografía. El objetivo es que los pacientes participantes adquieran las habilidades necesarias para continuar realizando los ejercicios y pautas indicadas en su domicilio.

Para garantizar la continuidad asistencial los pacientes con procesos de mayor complejidad continuarán siendo atendidos en los servicios de rehabilitación, cuya accesibilidad en tiempo de espera se verá beneficiada, al tratar a pacientes menos complejos en el ámbito de Atención Primaria.

MÉTODO

Se plantean 4 sesiones de fisioterapia de 30 minutos durante dos semanas (dos sesiones a la semana) y una evaluación sobre la efectividad de la terapia al mes de finalizar las sesiones, valorando la adherencia y seguimiento en domicilio de las pautas indicadas, la satisfacción del paciente y la mejora de la funcionalidad.

INDICADORES

NUMERO DE ECOGRAFÍAS OSTEOMUSCULARES DE HOMBRO REALIZADAS.
NUMERO DE DERIVACIONES INTERCONSULTA A LA UNIDAD DE FISIOTERAPIA TRAS EL DIAGNOSTICO CON ECOGRAFÍA.

DURACIÓN

INICIO ABRIL 2018
FINAL 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 - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia mediante vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración para ello. Estas citas se llevaron a cabo por la Enfermera de Pediatría durante los meses de octubre y noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual y aprovechando la cita además de para la educación individual, para la administración de dicha vacuna.

En esta 1ª cita se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en OMI. Dado que se disponía de pocos ejemplares en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.

En esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos:

- 1) el plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control.
- 2) El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis. Por último, se administra la vacunación antigripal y se informa que se les avisará para una segunda cita del seguimiento del asma que tendrá lugar en los meses de abril - mayo aproximadamente, siempre y cuando no presenten ninguna exacerbación previa que precise control médico con anterioridad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Nº niños asmáticos vacunados de gripe/Nº niños asmáticos en total (60%): 30/34 = 88,23%
- Prevalencia de niños asmáticos (5%) 34/1623 = 2.1%
- Proyecto en desarrollo, pendiente de finalización para obtener más resultados e indicadores propuestos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: debemos mejorar el registro diagnóstico en OMI-AP. Tras la finalización del proyecto, la prevalencia de asma obtenida desde el programa OMI-AP debería aproximarse al 5%.
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, esperamos conseguir un mínimo de 2 visitas anuales para mejorar el control, adherencia al tratamiento en niños asmáticos y resolver posibles dudas en la evolución de su enfermedad.
- Mejoría en la educación de familiares: se espera conseguir una mejoría en el seguimiento y en las exacerbaciones implicando más a la familia en el tratamiento del niño mediante un mejor conocimiento de la enfermedad.
- Con el desarrollo de este proyecto, se espera conseguir una disminución de las visitas a urgencias por asma gracias a su mejor control domiciliario y a la precocidad del tratamiento adecuado.
- Pendiente de finalización para obtener más conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1271 ===== ***

Nº de registro: 1271

Título
MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Autores:
JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, BOZAL CORTES MARIA JESUS, DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado. En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

MÉTODO

Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:
- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.
- Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.
- Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.
- Recomendación de la vacunación antigripal.
En una segunda visita (Pediatría), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.
Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

INDICADORES

- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- N°niños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Grupo de vías respiratorias de Aragón/Nºniños asmáticos totales (80%)
- Nºniños o familiares que acuden a las 2 visitas/nºtotal de niños asmáticos convocados (70%)

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 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 - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES
MARTINEZ SENTIS VICENTE
ROMERO NEVADO FERMIN
IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA
CASTILLON LOSCERTALES ANA
MOTIS MONTES GABRIEL
SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reuniones de trabajo para búsqueda de bibliografía sobre criterios diagnósticos y de manejo de disfagia.
Presentación de taller de disfagia realizado en otros centros de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Preparación de sesión a presentar a los trabajadores de centros residenciales de los centros dependientes de los C.S. Binéfar y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El equipo aprecia la importancia del abordaje multidisciplinar de la disfagia para la prevención de sus complicaciones.
Pendiente de presentar en el próximo trimestre las sesiones a los gerocultores, en pequeños grupos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Autores:
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES, MARTINEZ SENTIS VICENTE, ROMERO NEVADO FERMIN, IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común. Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias. Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de dicha alteración.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia orofaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectos de disfagia.
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

INDICADORES

- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

DURACIÓN

Duración aproximada 1 año.
3º trimestre 2018_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.
4ª trimestre 2018_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.
1º trimestre 2019_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad, Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.
2º trimestre de 2019_ Evaluación de la intervención.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTÍCIPES A LOS CUIDADORES

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA TEODORA GARCIA MINGUEZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro CS BINEFAR
• Localidad BINEFAR
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES
MARTINEZ SENTIS VICENTE
ROMERO NEVADO FERMIN
IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA
CASTILLON LOSCERTALES ANA
MOTIS MONTES GABRIEL
SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto echó a andar en junio de 2018, reuniéndonos en varias ocasiones hasta mayo de 2019 en el Centro de Salud de Binéfar. El trabajo en estas reuniones iniciales consistió en:

- * Recabar bibliografía sobre la disfagia, sus complicaciones y manejo,
- * Recabar información sobre el número de centros socio-sanitarios de la Comarca de La Litera de Huesca, número total de trabajadores con responsabilidad en la alimentación de pacientes afectados de disfagia, número total de residentes de cada institución, número de pacientes afectados de disfagia antes de iniciar la intervención.
- * Asistir a el taller "Actualización en disfagia" realizado por las DUE Ana Arnal Torres y Arancha Pueyo Acín.
- * Elaboración de una presentación PowerPoint para la realización de unos talleres teórico-prácticos dirigidos a los cuidadores de los centros socio-sanitarios de la Comarca de La Litera de Huesca.

Posteriormente, entre mayo y julio de 2019, impartimos 9 talleres teórico-prácticos en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite de Litera (centros de salud de referencia de los centros socio-sanitarios de la comarca), dirigidos a los trabajadores de los centros residenciales. Además en esas fechas, dimos difusión de nuestro trabajo a los compañeros de los propios centros de salud, a través de una sesión clínica, con el objetivo de sensibilizar sobre esta problemática y su manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la Comarca de la Litera hay 7 centros socio-sanitarios: 6 residencias geriátricas (Residencia Comarcal de Binéfar, Residencia María Llevot, Residencia Comarcal de Tamarite, Residencia de Albelda, Tamarite Residencial y Residencia de Altorricón) y un centro de disminuidos psíquicos (Centro el Pilar). Los equipos directivos de los 7 centros recibieron invitación para que sus trabajadores acudieran a los talleres. De los 7 centros, a las sesiones acudieron trabajadores de 6 de ellos, es decir que participaron el 85% de los centros. Se orientaron los talleres a los profesionales de enfermería, auxiliares de clínica y de geriatría, que en el segundo trimestre de 2019 eran en total 134, de los cuáles 56 (41'7%) acudieron a los talleres. Fue muy llamativa la diferencia de asistencia entre los trabajadores de los centros de Tamarite y los de Binéfar, si bien entre los trabajadores de Tamarite participaron en los talleres el 60%, sólo el 10'8% de los trabajadores de los centros de Binéfar acudieron.

El número total de pacientes institucionalizados en el momento de la intervención era de 355, de los cuales 38 (10'7%) recibían dieta disfagia (a través de la adaptación del menú y/o uso de espesantes para líquidos). Tras 6 meses de la intervención, se contacta con los centros socio-sanitarios vía telefónica para recabar información sobre los pacientes a los que se les adapta la dieta por disfagia. En Enero de 2020, a 44 pacientes de los 355 residentes se les adaptaba la dieta por disfagia, es decir un 12'4%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Parece que la intervención no ha tenido un efecto muy llamativo en cuanto al aumento de la detección de la disfagia. Creemos que esto se debe a que los profesionales de los centros socio-sanitarios ya presentaban un alto nivel de conocimiento y sensibilidad sobre la misma, por lo que seguramente no era necesaria la intervención en este sentido.

Sin embargo sí nos ha parecido interesante la realización de un trabajo de revisión de la disfagia desde una perspectiva transversal, ya que aunque los talleres han sido impartidos por nosotros como profesionales, se ha fomentado mucho la participación de los asistentes, de los que también hemos aprendido. En ocasiones la perspectiva más teórico-científica deja de lado esa visión de campo en la que la puesta en marcha de las medidas recomendadas no siempre es fácil y en el taller se ha puesto de manifiesto las dificultades que tienen los cuidadores, compartiendo entre ellos las soluciones que van empleando unos y otros. También es importante conocer cómo se comportan los distintos espesantes, para poder decidir cuál prescribir y optimizar su buen uso. Por tanto se ha invitado a los trabajadores a informar a los médicos responsables de los pacientes de cualquier dificultad que tengan en el uso de los mismos. De la misma forma, se ha animado a los cuidadores a avisar cuando detecten dificultades en la ingesta de cualquier paciente, para poder así hacer una evaluación médica si es preciso en este sentido.

Finalmente, compartir la experiencia con el resto de los compañeros del centro de salud también ha sido gratificante y enriquecedor, a la vez que creemos que aumenta la sensibilidad ante un problema acuciante y en ocasiones minusvalorado. Durante el taller se realizó una experiencia práctica que consistía en una simulación de la dificultad al deglutir. Como siempre las experiencias vividas en primera persona suelen dejar mayor recuerdo y creemos que fue muy ilustrativa para los asistentes.

Ha quedado pendiente en este proyecto, la valoración del número de diagnósticos de broncoaspiración antes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

después de la intervención. Si bien nos hubiera gustado poder valorar este indicador, nos dimos cuenta que es difícil obtener datos fidedignos ya que la forma de codificar dicho evento es muy variable y seguramente quede en muchos casos enmascarado en los diagnósticos de Sobreinfección respiratoria, Insuficiencia Respiratoria, Neumonía, y otros por lo que finalmente hemos decidido no evaluarlo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1335 ===== ***

Nº de registro: 1335

Título
DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTICIPES A LOS CUIDADORES

Autores:
GARCIA MINGUEZ MARIA TEODORA, IBAÑEZ CASTELLAR LOURDES, MARTINEZ SENTIS VICENTE, ROMERO NEVADO FERMIN, IBARZ GARCIA CONSUEGRA MARIA LUISA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, SUBIRADA CASASNOVAS ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología: Senilidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El progresivo envejecimiento de la población en Aragón (el 21% de la población en Aragón es mayor de 65 años), asociado al aumento de la esperanza de vida de los pacientes con enfermedades neurodegenerativas (tales como demencia o enfermedad de Parkinson), hace que la aparición de disfagia orofaríngea, sea cada vez más común. Entendemos por disfagia orofaríngea, la dificultad para tragar que se produce a nivel faríngeo, dificultando el paso de alimentos sólidos y líquidos desde el primer proceso de la deglución. Esta dificultad además de suponer una pérdida de calidad de vida al paciente, es un factor de riesgo de broncoaspiración y sus consecuencias. Si bien el diagnóstico precoz de la disfagia es importante para poderla abordar, también lo es el adecuado manejo de la misma por parte de los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectados de dicha alteración.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar los criterios diagnósticos de disfagia en población de riesgo, para mejorar la detección precoz de la misma.
Revisar las recomendaciones en cuanto a alimentación de los pacientes afectados de disfagia.
Fomentar la realización de planes de cuidado específicos e individualizados de disfagia orofaríngea entre los cuidadores responsables de la alimentación de los pacientes afectados de disfagia.
Disminuir el riesgo de broncoaspiración entre los pacientes con disfagia.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo formado por médicos y DUEs de los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite para revisar tanto los criterios diagnósticos como los planes de cuidado específicos para este tipo de paciente, haciendo especial hincapié sobre el uso de espesantes en las diferentes texturas recomendadas, según el grado de disfagia que presente el paciente.
Realización de talleres dirigidos a cuidadores y familiares de los pacientes institucionalizados en las residencias de la Comarca de La Litera de Huesca.

INDICADORES

- Valoración de número de pacientes registrados en OMI con diagnóstico de disfagia antes y después de la intervención.
- % de auxiliares de geriatría que asisten a los talleres, del total de auxiliares trabajadores de las residencias de la Comarca de la Litera de Huesca.
- nº de diagnósticos de broncoaspiración antes y después de la intervención

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1335

1. TÍTULO

DISFAGIA: UN RETO OLVIDADO. TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LA DISFAGIA EN PACIENTES INSTITUCIONALIZADOS: HACER PARTÍCIPES A LOS CUIDADORES

DURACIÓN

Duración aproximada 1 año.

3º trimestre 2018_ Creación de grupo de trabajo del abordaje de la disfagia, búsqueda de datos sobre prevalencia de disfagia, revisión de criterios diagnósticos.

4ª trimestre 2018_ Elaboración de planes de cuidados específicos y elaboración de talleres a impartir a los auxiliares de geriatría trabajadores de los centros sociosanitarios de la comarca.

1º trimestre 2019_ Presentación en los Centros de Salud de Binéfar y Tamarite del Proyecto de Calidad,

Presentación de los talleres sobre el conocimiento y el manejo de la disfagia.

2º trimestre de 2019_ Evaluación 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 - 2019/0516

1. TÍTULO

LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE GRACIA MARIA LOU FRANCES
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ GIL PILAR
PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES
PUEYO LAFUENTE VALENTINA
SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Nos pusimos manos a la obra para realizar un seguimiento en población infantil de medidas antropométricas (peso y talla), y de TA, y glucemia a los pacientes con sobrepeso y obesidad de la zona incluida en nuestro Centro de Salud de Parque Goya en Zaragoza. Repetimos dichas medidas a los 3, 6 y 9 meses, recogiendo las mediciones. Por supuesto, les dimos consejos en cuanto a hábitos saludables referidos a nutrición y ejercicio físico. En algunos casos, incluso nos realizaron registros nutricionales semanales. Realizamos actividades de promoción de alimentación saludable entre los niños del Centro de Salud de Parque Goya mediante dibujos que podían pintar mientras esperaban a ser atendidos y colocar en una gran pirámide de la alimentación que pusimos en la sala de espera de Pediatría.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El seguimiento en las sucesivas consultas/revisiones por parte de los pacientes ha sido del 40%. Teniendo como primeros resultados que en las primeras visitas tras las recomendaciones hechas, sí que se observó pérdida de peso y de perímetro de la cintura, que no siempre se ha mantenido. En el 50% no ha habido éxito, con empeoramiento antropométrico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El sobrepeso y obesidad infantil son bastante frecuentes, pero sobre todo, los malos hábitos nutricionales que quizá puedan influenciarse por la sociedad actual. Debemos concienciarnos los propios profesionales que este problema comienza en la infancia y que son prevenibles problemas futuros como la hipertensión, prediabetes, síndrome metabólico o hipercolesterolemia. Los pediatras seguiremos incidiendo en la prevención de estos problemas de salud y promoviendo hábitos saludables yendo a colegios, dando charlas a niños, padres.....

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/516 ===== ***

Nº de registro: 0516

Título
LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

Autores:
LOU FRANCES GRACIA MARIA, PALACIN GONZALEZ MARIA LOURDES, GOMEZ GIL PILAR, PUEYO LAFUENTE VALENTINA, SANCHEZ ZANCAJO ROSABEL, PEREZ RAPELA ROSALIA, GRASA CALDEVILLA SOFIA, OSES SORIA AMALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS PARQUE GOYA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se desconoce el porcentaje de prediabetes (intolerancia a la glucosa, glucemia basal alterada o ambas) existente en la población infantil. Puesto que la detección precoz de la prediabetes puede facilitar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0516

1. TÍTULO

LA PREDIABETES INFANTIL SIGUE SIENDO UNA GRAN DESCONOCIDA

tratamiento precoz, disminución de complicaciones en la Diabetes Mellitus tipo 1, así como la puesta en marcha de medidas terapéuticas que eviten su progresión a Diabetes tipo 2 (DM-2). Consideramos que las estrategias de prevención en las consultas de atención primaria son primordiales por la cercanía con la población en cuestión y con su entorno, y continuidad del seguimiento. La iniciativa de poner carteles recordando o dando a conocer los síntomas clásicos de diabetes (poliuria, polidipsia, pérdida de peso) en centro de salud, colegios, institutos, y entidades locales junto con dar charlas en dichos centros, además de la determinación de la glucemia basal en pacientes de riesgo, permitirían detectar los pacientes con riesgo de desarrollar la enfermedad. En cuanto a la DM-2, la intervención sobre los estilos de vida ya en el momento de prediabetes puede reducir la progresión a diabetes o hacer retroceder un estado prediabético a la normalidad y es una intervención coste-efectiva por la disminución también en los factores de riesgo cardiovascular.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Optimizar el diagnóstico precoz de Diabetes, ya sea tipo 1 o la DM-2, mediante la búsqueda y el mayor conocimiento de prediabetes entre nuestra población infantil.
2. Promover la comunicación y colaboración entre el Centro de Atención Primaria y los centros de atención infanto-juvenil de su entorno
3. Minimizar el riesgo de impacto negativo que la prediabetes supone sobre la salud en pacientes pediátricos pensada como factor de riesgo futuro.
4. Evaluar los resultados y conocer la satisfacción de los pacientes, familiares, educadores y los profesionales tras su implantación.

MÉTODO

- Elaboración de un registro trimestral de los pacientes incluidos en el Protocolo (pacientes con sobrepeso $P > 90$ IMC).
- Presentación del Proyecto en C.S. Parque Goya para todo el Equipo de Atención Primaria y realización de sesiones en centros del entorno.
- Elaboración de protocolo relacionados con la Atención al Paciente con PREDIABETES.
- Las evaluaciones se realizarán de forma trimestral para detectar problemas y analizar sus resultados al año.
- Hacia final de este año 2019 presentaríamos resultados y Memoria Final.

INDICADORES

Presentación del proyecto en un día dedicado a Docencia en nuestro Centro de Salud. (SI/NO)
Definición de los criterios que se consideren necesarios para definir el estado de prediabetes en población infantil. (SI/NO)
Elaboración de carteles/dípticos para poner en centro de Salud, centros docentes y del entorno para dar a conocer la DM-1. (SI/NO)
Evaluación de resultados de satisfacción a nivel de profesionales y pacientes/familiares y educadores relacionados. (SI/NO)

DURACIÓN

De abril a diciembre de 2019.

OBSERVACIONES

VALORACIÓN DE OTROS APARTADOS.

- ES POSIBLE RETROCEDER DE UN ESTADO PREDIABÉTICO A LOS VALORES NORMALES DE GLUCOSA EN SANGRE MEDIANTE EL CRIBADO OPORTUNISTA EN GRUPOS DE RIESGO.
- PUEDE CONTRIBUIR A DETECTAR CASOS DE PREDIABETES Y A PREVENIR LA DM2 Y PROBABLEMENTE SUS COMPLICACIONES CRÓNICAS.
- LA DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ CON CAMBIOS EN LOS ESTILOS DE VIDA PUEDE PREVENIR LA APARICIÓN DE DM2.
- MEJORAR LOS RESULTADOS DE LA ATENCIÓN AL PACIENTE
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1395

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE FERMIN ROMERO NEVADO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS BINEFAR
· Localidad BINEFAR
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUEVARA LOPEZ TERESA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
GARCIA DINNIBIER AINA
PUEYO GARCIA ROSA
BARCO MARCELLAN SOFIA
RUBIO MARTINEZ MARI PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se constituyó un grupo de comunicación entre los 8 integrantes de los diferentes centros participantes en el proyecto .Se han producido dos reuniones en las que se concluyó la necesidad de establecer formación específica al respecto a pesar de la experiencia en Ecografía.

Se realizó una sesión formativa llevada a cabo por Jefe de unidad de Nefrología- UDIAT que comanda esta actividad en el hospital Arnau de Villanova de Lleida con amplia experiencia en coordinacion y control de esta patología y dos especialistas medicos de familia con experiencia en este ámbito
La sesion tuvo lugar en el hospital de Barbastro específica para los médicos participantes, en Ecografía de troncos supraaorticos con una exposición teorica de una hora y tres horas de práctica con los mismo ecógrafos y material diagnóstico del que se dispone en los centros de salud involucrados de cara a conseguir el adiestramiento adecuado y mejorar la potencia diagnostica de los mismos.

Nos hemos puesto en contacto con la marca comercial de los ECOGRAFOS (General Electric) para conseguir que nos cedieran temporalmente el software recomendado por los mismos de cara a poder realizar las mediciones del GROSOR DE LA INTIMA MEDIA con la mayor exactitud posible y de esta forma obviar los errores interobservador debidos a defectos de medida.

Dicho software ha sido cedido de forma temporal sin coste por la industria de cara a esta realización tras conversaciones y contactos del director del proyecto con el director comercial de dicha industria en nuestro país explicitando la finalidad de dicho estudio tras múltiples reuniones.

Se han realizado reuniones para aunar criterios y explicar la evolución de las solicitudes. Se ha estudiado cual deberá ser la muestra de pacientes objeto de estudio en función de los criterios establecidos y designación del calendario y forma de citación de los mismos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos estado inmersos en procesos de cambio de personal interino y titular con la resolución de concursos de traslados y oposición, lo que ha hecho que los participantes hayan considerado de cara a la mejor realización y obtención de resultados, la paralización hasta la resolución de los mismos, del proyecto, por desconocer su continuidad en varios de los equipos participantes.

En esta fecha, ya resueltos estos procesos, estamos preparados para continuar con la actividad motivo por el que solicitamos la prorroga durante este año del proyecto de medición y valoración de la íntima de los troncos supraaorticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuar con el desarrollo de este proyecto de calidad con detección del grosor de íntima media a nivel de carótida común, bulbo, carótida interna y externa de ambos lados y la existencia o no de placa de ateroma en mismos territorios

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1395 ===== ***

Nº de registro: 1395

Título
¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Autores:
ROMERO NEVADO FERMIN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA DINNIBIER AINA, PUEYO GARCIA ROSA, BARCO MARCELLAN SOFIA, RUBIO MARTINEZ MARI PAZ

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1395

1. TÍTULO

¿ESTAN AFECTADAS LAS CAROTIDAS DE NUESTROS PACIENTES CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad prematura en nuestro medio. Existe relación entre la afectación vascular carotídea y la afectación de otros segmentos vasculares por lo que teniendo un abordaje sencillo sobre este territorio gracias a la Ecografía podemos diagnosticar en fases tempranas y de forma bastante aproximada la presencia de afectación en otros segmentos no tan abordables. La prevención incide en que la disminución de la enfermedad cardiovascular, reduce los eventos y por tanto las complicaciones y mortalidad bajando los costes derivados de estas y disminuyendo la pérdida de productividad laboral. Diferentes estudios demuestran que tratar los factores de riesgo cardiovascular reduce en un 50% la enfermedad coronaria entre otras afectaciones. Hasta la fecha no se realiza esta prueba en Atención Primaria, por lo que se podría mejorar la accesibilidad y realización gracias a la presencia de Ecógrafos en dichos centros intentándose detectar pacientes no diagnosticados de patología en este territorio vascular antes de que pueda producir complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

Detección de patología incipiente en el territorio carotídeo de cara a prevenir lesiones secundarias derivadas en pacientes que presenten enfermedades de riesgo cardiovascular como la Hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus catalogados por métodos habituales de gradación del riesgo vascular de grado Bajo (Score, Framingham) en el ámbito de Atención Primaria en 5 centros de salud del sector Barbastro donde existen ecógrafos: BINEFAR, MONZON, GRAUS, AINSA Y FRAGA. Facilitar la accesibilidad de los pacientes a los que se detecten lesiones su derivación a servicios de cirugía vascular para su valoración contando dichos especialistas de las pruebas ecográficas realizadas desde Atención Primaria

MÉTODO

Primero se realizara en Junio formación específica para los médicos participantes, que ya poseen experiencia en Ecografía clínica previa y que vayan a realizar Ecografía de dicho segmento para conseguir el adiestramiento adecuado y mejorar la potencia diagnóstica de los mismos realizando Curso específico. Después de esto se realizaran reuniones para anular criterios, extracción del listado de los pacientes objeto de estudio en función de los criterios establecidos y designación del calendario y forma de citación de los mismos. Realización de una Ecografía del territorio carotídeo realizando las mediciones oportunas para valorar el Grosor de íntima media o la presencia de placa de ateroma al menos una vez antes de la aparición de lesiones secundarias.

INDICADORES

Detección del grosor de íntima media a nivel de carótida común, bulbo, carótida interna y externa de ambos lados y la existencia o no de placa de ateroma en mismos territorios.

DURACIÓN

Se plantea el inicio de actividad formativa en Junio con un adiestramiento durante los primeros meses de puesta en marcha pasando luego a la práctica en la población designada en cada uno de los 5 centros de salud designados. Se plantea la finalización de dicha toma un año más tarde del inicio de la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Fecha de entrada: 01/07/2017

2. RESPONSABLE JOSE MIGUEL MONTERDE GUERRERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA BELLO MARIA JESUS
YSEBIE RONSE ISABEL
FRANCO ANGUSTO REYES
PALLAS COTS BLANCA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se han creado huecos de consulta a demanda a las 9 horas, para usuarios que, por motivos laborales o de desplazamiento, no pueden acudir a las horas establecidas de consulta a demanda.
- Se han creado huecos en las agendas con el acto DEMNP para no interrumpir la consulta. El sanitario llama al final de la mañana a los usuarios allí anotados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se propusieron indicadores "actos 9 utilizados/actos 9 creados" o "demnp utilizados/demnp creados" pero creemos quees sobrecargar a los servicios de informática para conseguir estos indicadores.
La finalidad principal era mejorar estas agendas y mejorar la accesibilidad del usuario y con esta modificación de agendas ya lo hemos conseguido.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al modificar agendas, se ha conseguido mayor accesibilidad y no interrumpimos la consulta para pasar llamadas o para solicitar autorización para una cita fuera del horario habitual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1043 ===== ***

Nº de registro: 1043

Título
MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, GARCIA BELLO MARIA JESUS, MONTERDE GUERRERO JOSE MIGUEL, YSEBIE RONSE ISABEL, FRANCO ANGUSTO REYES, PALLAS COTS BLANCA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1. Dificultad de determinados usuarios para acceder a consulta médica por coincidir ésta con su horario laboral o implicar desplazamientos considerables.
2. Interrupciones de la consulta para atender llamadas de pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Facilitar acceso a consulta presencial estableciendo huecos a las 9 h. para ser ocupados por usuarios que no pueden acudir a otras horas.
2. Evitar la interrupción de la consulta creando huecos en las agendas para atender la demanda no presencial.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1043

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACCESIBILIDAD A CONSULTA MEDICA

Agendas de omi:

1. Creación de un hueco de demanda (con situación "indemorable") a las 9h. en los días que otras actividades lo permitan (reunión de Equipo, domicilios, citas programadas,...)

2. Creación de 3 huecos hacia el final de la mañana con acto dnp (demanda no presencial)

Procedimiento de cita:

1. Utilizar el hueco de las 9h. para usuarios a los que les sea imposible acudir a otra hora de las ofertadas en las agendas.

2. Citar en hueco "dnp" a los usuarios que deseen contactar telefónicamente con su médico, poniendo en "observaciones" el numero de teléfono al que debemos llamar.

INDICADORES

Num. Huecos usados demanda indemorable/Num. De huecos creados como demanda indemorable

Num. Huecos usados con acto DNP / Num. Huecos creados DNP

DURACIÓN

Modificación de agendas: 31-10-2016

31-03-2017 evaluación de resultados.

30-06-2017 evaluación de resultados.

30-09-2017 evaluación de resultados.

30-12-2017 evaluación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 - Información en reunión del EAP del proyecto.
 - Elaboración y actualización de octavillas informativas
 - Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
 - Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

PIN's GENERADOS

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0	3	#DIV/0!
1001130102V	15	100	566,67%
1001130103H	7	86	1128,57%
1001130104L	1	1	0%
1001130105C	5	46	820,00%
1001130201R	2	53	2550,00%

Casilla "SMS" activada:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	1	3	200,00
1001130102V	39	125	220,51
1001130103H	45	119	164,44
1001130104L 0	4	#DIV/0!	
1001130105C	43	85	97,67
1001130201R	32	71	121,88

Citas dadas por "web"

CIAS	2016	2017	INCREM.
0101Q	18	20	11,11
0102C	28	91	225,00
0103H	63	107	69,84
0104L	186	171	-8,06
0105C	42	86	104,76
PEDIATRIA	8	41	412,50
ENF-APL	6	13	116,67
ENF-RAB	8	15	87,50
ENF-MLM	19	15	-21,05
ENF-JAGG	0 8	#DIV/0!	
ENF-RMG	0	0	#DIV/0!
TOTAL AÑO	378	567	50,00

OBTENCIÓN DE DATOS: Se ha necesitado de la intervención del CAU para facilitarnos datos sobre número de PIN generados y número de casillas "SMS" activadas en BDÚ.
 Se ha necesitado la intervención de Informática de Barbastro que nos ha facilitado el número de citas obtenidas por "Web".
 Se hizo una previsión de incrementar en un 15% estos datos. Los resultados han sido mucho mayores, lo cual es lógico ya que partíamos de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Creemos que el proyecto es muy interesante, ya que potencia la autonomía del paciente, implicándolo en la buena gestión de sus citas y aumentando su información con respecto de las mismas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1461

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

***** **

Nº de registro: 1461

Título
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.
-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.
Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan
- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.
2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS
Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:
• A través de Internet, en www.saludinforma.es
• Mediante la APP "saludinforma"
Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):
• La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
• La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.
El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO
• Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
• Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
• Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
• Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES
Cada año solicitaremos los siguientes datos:
• Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
• Número de PIN generados en BDU.
• Número de citas dadas en OMI con la clave "web"
Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:			
CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C	5				
1001130201R	2				
Casilla "SMS" activada:					
CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.				
1001130101Q	1				
1001130102V	39				
1001130103H	45				
1001130104L	0				
1001130105C	43				
1001130201R	32				
Citas dadas por "web" **					
CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:			2460		
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citaciones "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.
El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

 MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
 DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
 MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
 GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
 ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Fecha de entrada: 02/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ESPIER LLORENS
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUELLO RIVAS MARIA CARMEN
 GRASA CORTINA MARIA DOLORES
 TAMBORERO SAYOS MONTSERRAT
 GARCES ABADIAS PILAR
 LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

FORMACION: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros formativos promovidos dentro del Sector:

- Aplicación HERMES para comunicar Partes al Juzgado.
- Cargos a Terceros. BBDD del INSS (ATT77)
- Asistencia Sanitaria y Gestiones electrónicas impartido por personal del INSS
- Encuentro entre Servicios de Admisión de Atención Primaria y Atención Especializada.
- Formación para personal de admisión de AE sobre los datos contenidos en BDU. Dar a conocer el APP de Salud Informa, obtención de PIN y comunicación por "SMS" de las citas.

Promovido por la Unidad Docente:

- Taller de RCP Básica y manejo del DESA para personal no sanitario.

En cuanto a la actividad diaria, se ha seguido con:

- Comunicación por correo electrónico con los diferentes Servicios hospitalarios para informar de cambios de domicilio o teléfono
- o solicitar cambios o anulaciones, o unir citas.
- Desde AP se accede al Programa Asistencial del Hospital, para dejar en PRECITA a pacientes que no podemos citar en LEE o que no entran en Interconsulta Virtual.
- Se utiliza plenamente la aplicación de DOCUMENTACIÓN CLÍNICA de la Intranet del Sector para solicitud o envío de informes:

o Para el hospital de Barbastro

o Enviamos por esta misma vía los informes a Inspección de Huesca, con encriptación automática del documento.

o Recientemente se ha añadido el envío, a través de esta misma aplicación, de las solicitudes de informes al Hospital de San Jorge, también con encriptación automática del documento.

- Desde Admisión de AP, se está trabajando en dar a conocer a los usuarios las nuevas formas de contacto e información de citas: APP, SMS, obtención de PIN. Para ello se han elaborado trípticos informativos para los usuarios. Con esto esperamos una mayor implicación del usuario con sus citas y la consiguiente disminución del absentismo a las visitas de especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Realizada la revisión "C" del PO-08 Manual de Coordinación de los Servicios de Admisión Primaria y Especializada.

- Accedemos a la precita del hospital para registrar citas.

- Nos comunicamos por correo electrónico. El uso del fax es prácticamente inexistente.

- ABSENTISMO. Seguimiento. (tabla 1)

Centro de Salud	2017	2016
ABIEGO	11%	5%
AINSA	13%	10%
ALBALATE	11%	10%
BARBASTRO	11%	10%
BENABARRE	13%	12%
BERBEGAL	8%	7%
BINEFAR	11%	9%
CASTEJON	17%	11%
FRAGA	17%	17%
GRAUS	10%	7%
LAFORTUNADA	9%	10%
MEQUINENZA	37%	15%
MONZON RURAL	9%	7%
MONZON URBANO	13%	11%
TAMARITE	13%	11%
PROM. S. BTRO.	12%	10%

- Seguridad, rapidez y trazabilidad de las gestiones de solicitud y envío de informes con el Hospital de Barbastro, el de San Jorge y con la Inspección Médica mediante la aplicación "Documentación Clínica" de la Intranet del Sector.

- PIN-SMS por Centro de Salud:

ZONA SMS PIN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

ABIEGO	0	3	
AINSA	159	141	
ALBALATE	253	205	
BARBASTRO	252	362	
BENABARRE	10	57	
BERBEGAL		18	7
BINEFAR	801	405	
CASTEJON	421	305	
FRAGA	1190	262	
GRAUS	515	390	
LAFORTUNADA	61	23	
MEQUINENZA	11	43	
MONZON RURAL	33	56	
MONZON URBANO	101		371
TAMARITE	781		84
TOTALES 2017	4606	2714	

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras varios años de encuentros formativos, tanto de los servicios de Admisión de AP como de éstos con Admisión de Especializada, valoramos muy positiva y necesaria esta coordinación, que ha hecho que nos conozcamos, hemos simplificado y unificado gestiones, hemos diseñado sistemas de comunicación entre AP-AE más rápidos y seguros, eliminando fax, fotocopias, correo en papel,...etc.
El usuario no tiene que desplazarse al hospital para realizar sus gestiones, ya que las canalizamos desde Admisión de los distintos CC.SS. del Sector de Barbastro.

7. OBSERVACIONES.

Tenemos pleno apoyo y reconocimiento de la Dirección de nuestro Sector y desde aquí nuestro agradecimiento, pero echamos en falta apoyo para mejorar o diseñar herramientas de trabajo que cubran las necesidades actuales.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.).
Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
 - Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
 - Implementar las novedades en procesos administrativos.
 - Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
 - Primeros auxilios para personal no sanitario
 - Eliminación del uso de fax para pedir citas.
 - Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
 - Seguimiento del absentismo en A Especializada
 - Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
 - Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
 - Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.
- En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

MÉTODO

- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y P0-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en la citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

INDICADORES

- N° de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- P0-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

DURACIÓN

- 1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
- 2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
- 3er. trimestre: Reunión AP-AE
- 4º trimestre: Actualización PO-08

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE ROSA MARIA ESPIER LLORENS
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUELLO RIVAS MARIA CARMEN
 GRASA CORTINA MARIA DOLORES
 TAMBORERO SAYOS MONTSERRAT
 GARCES ABADIAS PILAR
 LAPORTA ANTON ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación: Se han llevado a cabo los siguientes encuentros dirigidos a formar al personal de Admisión en las tareas diarias y a que estas tareas se hagan de forma uniforme en todo el Sector:

Abril: Acogida al personal de nueva incorporación. 3 mañanas de formación.

Mayo: Cambios informáticos con motivo de la renovación de los Pc.

Nueva plataforma para comunicar los Partes al Juzgado: PSP.

Octubre: Web de seguridad del Gobierno de Aragón.

Diciembre: Cargos a Terceros.

Hay una comunicación diaria mayoritariamente por correo electrónico con los distintos Servicios de Admisión de Especializada, para solicitar cambios o uniones de citas a pacientes, informar de cambios de domicilio o teléfono, etc.

También comunicamos duplicidades de HHCC o errores en los AR del hospital que detectamos en Primaria para su corrección.

Facilitamos estas gestiones al usuario lejos del hospital y contribuimos a disminuir incidencias en las citas.

Seguimos precitando las Interconsultas o pruebas radiológicas directamente en el programa del hospital.

Es de gran utilidad la aplicación Documentación Clínica para solicitar informes a Especializada tanto de Barbastro como de H. San Jorge y para enviar documentos a Inspección de Huesca.

Seguimos dando publicidad a las nuevas aplicaciones que facilitan el acceso al usuario a los servicios del Salud (APP).

La Reunión de Coordinación AP-AE se llevará a cabo en Febrero de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Seguimiento absentismo a especializada

ABSENTISMO	2018	2017	2016
ABIEGO	8,78%	10,70%	5,32%
AINSA	15,37%	12,92%	9,99%
ALBALATE	11,03%	10,98%	10,18%
BARBASTRO	11,80%	11,34%	10,13%
BENABARRE	13,46%	12,79%	11,69%
BERBEGAL	7,73%	8,43%	6,78%
BINEFAR	12,15%	11,41%	9,10%
CASTEJON	15,70%	16,84%	11,35%
FRAGA	13,67%	16,80%	17,17%
GRAUS	9,92%	9,93%	7,04%
LAFORTUNADA	12,88%	9,49%	10,28%
MEQUINENZA	19,13%	36,67%	15,38%
MONZON RURAL	9,21%	8,58%	6,72%
MONZON URB	13,53%	13,20%	10,94%
TAMARITE	15,72%	12,71%	11,45%
Promedio Sector	12,67%	13,52%	10,24%

Desde Primaria se está haciendo un esfuerzo por implicar al usuario en las gestiones o anulaciones de sus citas y no se ve una repercusión positiva. Hay que tener en cuenta también que pueden influir las listas de espera y la falta de especialistas.

En cuanto a SMS activados en BDU y PIN facilitados:

INCREM. SMS	2017-2018	INCREM. PIN	2017-2018
ABIEGO	100,00%	25,00%	
AINSA	29,02%	37,61%	
ALBALATE	54,00%	61,25%	
BARBASTRO	34,20%	58,15%	
BENABARRE	64,29%	32,14%	
BERBEGAL	61,70%	75,86%	
BINEFAR	34,34%	57,64%	
CASTEJON	24,96%	41,79%	
FRAGA	30,12%	70,16%	
GRAUS	6,53%	33,67%	
LAFORTUNADA	39,00%	36,11%	

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

MEQUINENZA	45,00%	61,26%
MONZON RURAL	31,25%	65,85%
MONZON URBANO	40,94%	58,91%
TAMARITE	6,02%	48,78%
PROMEDIO INCREM	28,46%	55,22%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos muy positivamente que el usuario en zona rural, lejos de su hospital de referencia, en muchas ocasiones de edad avanzada, pueda hacer sus gestiones desde Admisión de Primaria, evitándole desplazamientos. La coordinación y los circuitos de comunicación establecidos entre los Servicios de admisión de Primaria y Especializada es fundamental para facilitar gestiones, evitar errores, etc.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

Autores:
ESPIER LLORENS ROSA MARIA, CUELLO RIVAS M CARMEN, GRASA CORTINA DOLORES, TAMBORERO SAYOS MONSERRAT, GARCES ABADIAS PILAR, LAPORTA ANTON ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: consulta no presencial
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las Unidades de Admisión de los centros de salud y del hospital están compuestas por trabajadores que continuamente contactan con los ciudadanos para gestionar o resolver una multiplicidad de necesidades de gestión (información, citas, interconsultas, libre elección de especialista, reclamaciones, solicitudes de documentación clínica, trámites administrativos, etc.). Muchos de los trámites administrativos de AE pueden realizarse desde AP, lo que es especialmente importante dada la dispersión poblacional y la distancia con el hospital en este Sector sanitario. Por este motivo es fundamental unificar procedimientos y actuar de forma coordinada. Para ello en los últimos años se han desarrollado actividades y encuentros, y se han conseguido algunos resultados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la variabilidad entre las unidades de admisión de los equipos de atención primaria.
- Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales
- Implementar las novedades en procesos administrativos.
- Promover la utilización de Salud Informa (PIN, SMS, app)
- Primeros auxilios para personal no sanitario
- Eliminación del uso de fax para pedir citas.
- Utilización de aplicación para solicitud y envío de documentación clínica por vía telemática, tanto con el hospital de Barbastro como con la inspección (visados) de Huesca.
- Seguimiento del absentismo en A Especializada
- Acceso al programa de citas del hospital por parte de admisión de AP para registrar en la Precita cuando no hay fechas en LEE.
- Comunicación por correo electrónico de cambios de domicilio o tno. y anulación o cambio de citas.
- Mejorar la información facilitada al usuario en los Centros de salud relativa a AE: consultas sucesivas o listas de espera para LEQ.

En definitiva, el objetivo principal del proyecto es facilitar al usuario desde su Centro de Salud, todas las gestiones administrativas relacionadas con los servicios sanitarios a partir de una buena coordinación entre niveles.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1474

1. TÍTULO

MEJORA DE LA COORDINACION DE LAS UNIDADES DE ADMISION (ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA)

MÉTODO

- Actualizar los manuales de procedimientos administrativos (PO-06 y PO-08).
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP
- Reuniones periódicas de los servicios de admisión de AP con los de AE.
- Formación. Temas propuestos para este año:
- El Servicio de Admisión y D.C. del H. de Barbastro. Reunión anual para actualización de contenidos comunes
- Consulta No Presencial
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Consultas Externas.
- Novedades en la gestión de las Canalizaciones.
- Gestión de la oxigenoterapia domiciliaria.
- Recordatorio de datos útiles en las citas en Radiodiagnóstico. Preparaciones
- Revisión de casos prácticos en Documentación Clínica.
- Dudas frecuentes en Lista de Espera Quirúrgica.
- Facturación, unificación de criterios
- Realizar la precita a interconsultas en las unidades de admisión de Atención Primaria.

INDICADORES

- N° de reuniones realizadas en 2017 (a nivel de AP y entre AP-AE)
- N de gestiones de PIN y SMS por Centro de Salud
- Memoria anual. Contenido de las reuniones y cursos. Resultados obtenidos.
- PO-08 (Manual para coordinación de servicios admisión de especializada y primaria) revisado y actualizado.
- % de absentismo en consultas de AE (comparativa 2016 y 2017). Por sector y por EAP

DURACIÓN

- 1er. trimestre 2017: Implantación consulta no presencial
- 2º trimestre nº Reunión AP, cursos de formación admisión de AP
- 3er. trimestre: Reunión AP-AE
- 4º trimestre: Actualización PO-08

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALVAREZ NOGUERO NIEVES
MAULEON PELLON MARIA PILAR
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
GARCIA SANJUAN GEMA
CLAVERO PEREZ MANUEL
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se designa un responsable.
Se verifica la implicación tanto de profesionales sanitarios como de alumnos y profesores.
Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos.
Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.
Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.
Se valora la metodología utilizada mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.
Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.
Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones corectas desde el inicio.
Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores an cuanto a primeros auxilios.
En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia de conocer una RCP básica y primeros auxilios, hemos determinado junto con el profesorado desarrollar este tipo de taller una vez al año para afianzar conceptos. Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/479 ===== ***

Nº de registro: 0479

Título
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

PROBLEMA

En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación. Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención. Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica. Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

RESULTADOS ESPERADOS

Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados. Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio. Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario. Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud. Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

MÉTODO

Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores. Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar. Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres. Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

DURACIÓN

Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR PEREZ MELIZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MAULEON PELLON MARIA PILAR
SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
GARCIA SANJUAN GEMA
CLAVERO PEREZ MANUEL
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se designa un responsable para llevar a cabo el proyecto.
- Se comunica en reunión de equipo del C. S. Castejón de Sos el proyecto a desarrollar en el Colegio de Benasque.
- Se mantiene reunión informativa con profesorado del Centro Escolar.
- Se coordinan días de talleres con el profesorado del Colegio.
- Se verifica la implicación tanto de profesionales sanitarios como de alumnos y profesores.
- Se prepara temario adecuado para cada curso de alumnos. Para los niños más pequeños utilizamos dispositivos visuales y auditivos para facilitar la enseñanza.
- Se forman grupos de trabajo por edades para desarrollar los talleres.
- Se valora la metodología utilizada y el aprovechamiento de la actividad por parte de los alumnos mediante preguntas al finalizar el taller.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Hemos intentado implicar a la población en los procesos asistenciales, así como a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado.
- Conseguimos mayor seguridad y satisfacción de todo el personal implicado en el proyecto.
- Mejoramos la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
- Proporcionamos conocimientos y habilidades relacionadas con cada grupo de escolares de R.C.P y primeros auxilios.
- Aumentamos la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.
- Familiarizamos al alumnado con situaciones de los temas tratados.
- En relación con los indicadores, el número de preguntas acertadas por el alumnado ha llegado casi al 100% de aciertos, superando con creces el objetivo marcado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia. Nuestra valoración ha sido muy positiva tanto en ejecución como en resultados obtenidos. Todo el alumnado y profesorado han manifestado su satisfacción. Ha merecido la pena.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/479 ===== ***

Nº de registro: 0479

Título
TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Autores:
PEREZ MELIZ MARIA PILAR, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, GARCIA SAN JUAN MARIA GEMA, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0479

1. TÍTULO

TALLER DE RCP BASICA Y PRIMEROS AUXILIOS PARA LOS ALUMNOS DE PRIMARIA DEL COLEGIO ALTA RIBAGORZA (BENASQUE)

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los últimos años, desde el colegio de Benasque, nos piden voluntarios del personal sanitario del PAC de Benasque, para impartir este tipo de formación.
Durante las atenciones sanitarias, se objetiva continuamente el desconocimiento de actuación ante situaciones urgentes y/o que precisen atención.
Los alumnos de primaria, son grupo de riesgo de multitud de accidentes propios de su edad, por lo que es de gran importancia, que sepan actuar ante ellos, hasta que sea posible la asistencia médica.
Nos encontramos en zonas rurales con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas puede resultar de vital importancia.

RESULTADOS ESPERADOS

Implicar a la población en los procesos asistenciales. Implicando a los distintos profesionales sanitarios y al profesorado, se conseguirá una mayor seguridad y satisfacción de todos los implicados.
Mejorar la calidad asistencial, consiguiendo actuaciones correctas desde el inicio.
Prevenir accidentes propios de la infancia /adolescencia y/o las consecuencias de estos, aumentando así la seguridad del usuario.
Si el resultado es satisfactorio, ampliar actividades al resto de centros educativos de la zona de salud.
Aumentar la satisfacción de alumnos y profesores en cuanto a primeros auxilios.

MÉTODO

Designar responsables y verificar la implicación tanto del personal sanitario como de los alumnos y profesores.
Preparación de un temario adecuado a la población en edad escolar.
Coordinación con el profesorado y la dirección del centro educativo para la impartición de los talleres.
Realizar un test de valoración previa y otro tras la formación, para valorar objetivamente la metodología.

INDICADORES

Atención adecuada en primeros auxilios/Total de atenciones>90%

Nº preguntas acertadas en test/Total de preguntas >80%

DURACIÓN

Se impartirán los talleres en el colegio durante el primer trimestre del 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
FRANCH FERRER MONSERRAT
ALVAREZ NOGUERO NIEVES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Dotacion y puesta en funcionamiento del carro de paradas
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesion clinica

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se consiguen los objetivos marcados con exito. Se cumplen los objetivos propuestos en el proyecto. Se ha establecido un calendario de revisiones y se han asignado responsables. Se ha realizado sesion clinica para presentacion de carro y para asignación de responsable y elaboracion de calendario de revisiones.
Indicadores utilizados:
- Numero de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Numero de sesiones formativas/año => 1

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Una vez puesto en funcionamiento del Carro de paradas, el objetivo a seguir es mantenimiento del carro de paradas segun calendario y normas de uso, actualización si procede, y mantener y actualizar el conocimiento al respecto, asicomo el reciclaje periodico del personal.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes de que la comsion del Medicamento se pronuncie sobre la solicitud de incluir medicación que consideramos importante: actocortina amp, Tranxilium 50 mg am y Distraneurine.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVAREZ NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA
En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordad una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atención del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organización y distribución del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clínicas

INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN

Duración: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atención Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenemos el proyecto un año mas, dado que ha habido dificultades y contratiempos, ajenos al proyecto y la voluntad de sus integrantes, que han impedido su conclusión. A saber, ha habido un cambio de los equipos informáticos que han conllevado el cambio del programa en el que realizabamos todos los controles y registros de actividad y caducidades, la base de datos Acces; la dirección no nos ha proporcionado una solución para migrar los datos a los nuevos programas, ni tampoco la posibilidad de seguir con dicha base de datos; en segundo lugar hemos solicitado la ampliación e inclusión de nuevos medicamentos en el Carro de paros, pero la comisión del medicamento aún no ha contestado, y hace ya un año que se presentó la solicitud.

En cuanto a las actividades realizadas :

- Creación de Kits específicos para la atención de cuadros concretos: agitación, anafilaxia y coma

Sesion clínica

- Solicitud de medicación nueva que consideramos imprescindible, con su debida justificación documental y casos clínicos: Actocortina, Tranxilium 50 y Distraneurina.

-Controles y seguimientos del estado del carro: caducidades, revisiones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El registro de las revisiones se ha visto afectado por las incidencias informáticas no resueltas .
- pese a ello se han realizado y mantenido la actualización y buen estado de funcionamiento del carro, cumpliendo con el calendario de revisiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Una vez puesto en funcionamiento, el objetivo es subsanar los problemas surgidos, mantener el programas de control y revisiones, mantener el reciclaje periódico del personal del centro.

7. OBSERVACIONES.

El programa informático está en vías de solución y esperamos esté en funcionamiento en las próximas semanas. Estamos a la espera de la respuesta de la comisión de l medicamento, para poder completar la medicación que consideramos necesaria, dada la peculiaridad de nuestro centro y la distancia que nos separa del hospital más próximo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atención a pacientes en situación de urgencia vital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

PROBLEMA

En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplia los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordar una situacion de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atencion del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organizacion y distribucion del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clinica

INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN

Duracion: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atencion Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GARCIA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
PUYUELO LARDIES ASUNCION
MORET MARTINEZ MARIA LUISA
ARANDA MONTERO MARIA VICTORIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Revisión semestral completa
Revisiones mensuales de caducidades
incorporación de nueva medicación, aprobada por la comisión de lmedicamento: Actocortina
Puesta en marcha del carro de paros en el PAC de Benasque y designación de nuevo responsable

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Consolidación de la dinamica de revisiones y su conocimientos por parte de los miembros del equipo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es necesario insistir en las revisiones y actualizaciones.
Se necesita un carro de paros nuevo para el PAC de Benasque, el que hay es poco operativo y presenta algunas deficiencias.
Es necesario iniciar un debate sobre las caducidades de algunos materiales: fastrach e IG-10, así como de las agujas de punción intraoseas, pues no se dispone de repuestos y la esterilización repetida los deteriora hasta hacerlos invisibles:
-Es un material necesario; habria que disponer de repuestos
-Tener en cuenta que si no se utilizan y caduca su esterilización, no sería necesario volver a esterilizarlos, puesto que se deterioran y no sirven; al estar limpios y dado que se utiliza en via aerea, podrían usarse y reponer o esterilizar solo despues de su uso.
Proponemos exponerlos a los demas centros y a la dirección para conocer opiniones y conductas a seguir, teniendo en cuenta necesidad y coste/beneficio.

7. OBSERVACIONES.
Este año no se ha podido hacer ninguna sesión clinica dada las cisrcunstancias vividas en el centro y los cambios en el equipo como consecuencia de los traslados de personal medico y de enfermería, y las incorporaciones tras las oposiciones. Debido a ello se postpone para 2020.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/486 ===== ***

Nº de registro: 0486

Título
CARRO DE PARADAS

Autores:
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, MORET MARTINEZ MARIA LUISA, FRANCH FERRER MONTSERRAT, ALVARED NOGUERO NIEVES, PEREZ MELIZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencia Vital
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Atencion a pacientes en situacion de urgencia vital

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0486

1. TÍTULO

CARRO DE PARADAS

En nuestro centro de Salud el Carrao de Paradas no cumplía los requisitos mínimos para garantizar una atención de calidad para abordar una situación de urgencia vital y/o parada cardiorespiratoria; motivo por el cual se solicitó y se nos ha dotado de un carro de paradas adecuado para poder afrontar las situaciones de urgencia vital que pudieran presentarse.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la atención del paciente con una urgencia vital
Asegurar el buen funcionamiento del C.P.
Mantener el correcto estado del material, medicación y revisiones por el personal
Fomentar el conocimiento del procedimiento Carro de Parada en todo el personal sanitario del centro y reciclaje periódico del personal

MÉTODO

Establecer contenido y dotar el C.P. del material y medicación imprescindible para cumplir su función
Organización y distribución del material y los componentes materiales del C.P.
Establecimiento de calendario de revisiones y responsables
Sesiones clínicas

INDICADORES

- Número de revisiones realizadas/numero de revisiones propuestas => 90%
- Número de sesiones formativas/año => 1

DURACIÓN

Duración: un año a partir del 6 de octubre de 2016.
Dotación de material y medicación del C.P. en un mes
Fijación del calendario de revisiones, mínimos y responsables
Sesiones clínicas formativas.

OBSERVACIONES

Dado que nuestro Centro de Salud dispone de un Punto de Atención Continuada en Benasque, que funciona las 24 horas y todos los días de la semana, hemos solicitado otro Carro de Paradas para dicho PAC, dada que las necesidades son en este sentido, las mismas que en el Centro de Salud y se encuentra a 15 km de distancia.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PUYUELO LARDIES ASUNCION
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
MORED MARTINEZ MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizo (13 DE MARZO DE 2017) sesión clínica de pie diabético, registro de datos en OMI y consulta en cuadro de mandos; así como un taller de ITB.

En las reuniones de equipo periodicamente se recuerda la necesidad de visita periodica al cuadro de mandos de diabetes.

Realización de la valoración y exploración de pie diabético, recomendando la realizacion de ITB a todos los diabeticos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

pacientes con valoracion riesgo pie diabetico realizado/ nº pacientes diabeticos=104/215 =48% standar >70%

pacientes con exploracion pie diabetico realizada/ nº pacientes diabeticos=132/215= 61% standar >60%

pacientes ITB realizado /nº pacientes diabeticos=
84/215=39% standar >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

se ha conseguido realizar las exploraciones de pie diabetico propuestas pero resta aumentar las valoraciones del riesgo en un 22% .
respecto a la realizacion del ITB practicamente hemos conseguido el standar propuesto

Proponemos insistir en la realizacion conjunta de la valoracion del riesgo y exploracion del pie igualando los standares propuestos al 60% .

Reforzar el esfuerzo en la realizacion del ITB en las exploraciones y mantener el mismo standar de 40%

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/698 ===== ***

Nº de registro: 0698

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%.

Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.

Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabético trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA

IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

MÉTODO

Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabético,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabético y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

INDICADORES

Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

DURACIÓN

INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.

REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE

(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DE PIE DIABETICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Sesion clínica de presentacion del Protocolo de atención al pie diabetico en Aragon realizado en mayo del 2018.

Poniendo énfasis en la nueva unidad de pie diabetico creada en el Hospital de Barbastro y los circuitos de canalización parala detección el seguimiento de dicha patologia.

Periódicamente se recomienda a todos los profesionales en las reuniones de equipo la actualización en el cuadro de mandos para realizar seguimiento de los indicadores relacionados con la diabetes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de datos informáticos ya que el cuadro de mandos nos da información sobre las revisiones de pie diabético realizadas pero no nos informa sobre los ITB realizados.

los datos que podemos extraer del cuadro de mandos a diciembre de 18 son :

Revisión de pie diabético . =48'72%

Valoración de pie diabético. =46.15%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante este año 2018 hemos bajado el estandar propuesto (Mayor de 60%) de exploraciones de pie diabetico realizadas.

No disponemos de datos sobre ITB realizados pero podemos extrapolar que también será menor del propuesto (mayor del 40%)

El objetivo final es prevenir y detectar complicaciones. Enfermería debe adquirir competencias en la valoración del pie diabético identificando factores de riesgo.

Con la puesta en escena de la nueva unidad de pie diabético, que da continuidad a nuestros cuidados esperamos reforzar y conseguir una mejor atención al pie diabético.

7. OBSERVACIONES.

Durante el 2019 se revisarán los indicadores ya que parece ser que es dificultoso obtener datos sobre los ITB realizados.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/698 ===== ***

Nº de registro: 0698

Título
EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, PUYUELO LARDIES ASUNCION, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MORED MARTINEZ MARIA LUISA, MAULEON PELLON MARIA PILAR, CASAS AGUSTENCH NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0698

1. TÍTULO

EXPLORACION DE PIE DIABETICO

PROBLEMA

La posibilidad de que una persona con diabetes desarrolle una herida o úlcera de pie diabético es de entre el 15% y el 25%.

Las úlceras de pie diabético son la primera causa de hospitalización de personas con diabetes, y la amputación de la extremidad es su principal complicación.

Muchos pacientes con diabetes desconocen qué es una úlcera y cómo puede llegar a afectar a su calidad de vida. Con el objetivo de informar y concienciar sobre esta patología el proyecto del pie diabético trata de ser una herramienta para fomentar el autocuidado, siguiendo los consejos de los expertos, para mantener unas pautas de prevención específicas es fundamental para evitar este tipo de lesiones y/o minimizar sus complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE DIABETICO

MEJORAR EN CONTROL DEL PACIENTE DIABETICO

DETECCION PRECOZ DE PATOLOGIA VASCULAR,NEUROPATICA Y SU DERIVACION A ESPECIALIZADA

IMPLICACION DEL EAP Y DEL PACIENTE EN LA EXPLORACION DEL PIE DIABETICO

MÉTODO

Realizar sesion clinica recuerdo de exploracion de pie diabético,registro de datos y uso de cuadro de mandos

Insistir en la visita periodica al cuadro de mandos de diabetes

Valorar el riesgo de pie diabético y realizar la exploracion segun la clasificacion del riesgo

INDICADORES

Nº PACIENTES CON VALORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 70%

Nº PACIENTES CON EXPLORACION PIE DIABETICO REALIZADA/Nº PACIENTES DIABETICOS >= 60%

Nº PACIENTES CON ITB REALIZADO/Nº PACIENTES DIABETICOS>=40%

DURACIÓN

INICIO PROGRAMA NOVIEMBRE 2016

SESION CLINICA PIE DIABETICO NOV- 16

DURANTE EL AÑO CITACION PROGRAMADA PARA REALIZACION DE EXPLORACION DEL PIE DIABETICO SEGUN RIESGO.

REALIZAR SEGUIMIENTO DE INDICADORES TRIMESTRALMENTE

(FEBRERO17/ MAYO17/AGOSTO 17/ NOVIEMBRE 17)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En lugar de crear un registro en papel (Proyecto previo 2016_0293) "Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque" se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016_1402 : "Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos". Así preservamos la L.O.P.D. El proyecto 2016_1402 tiene la misma finalidad que el 2016_0293 pero en distinto formato. Se designan responsable del proyecto.

Se realiza sesión informativa.

Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensuado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.

* Creación de huecos "admin" en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.

* Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto " extra" (derivado de otro profesional). En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado (marcar al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.

Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.

Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales.

Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se ha conseguido que el registro sea rellenado por los distintos profesionales, pero se ha puesto en marcha el proyecto.

Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.

Se ha mejorado la atención del usuario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.

Ha mejorado la asistencia de calidad.

Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales.

Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.

Se garantiza la LOPD.

Ha aumentado la satisfacción de los profesionales.

No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Aportaremos dichos datos en la siguiente convocatoria y haremos especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados.

7. OBSERVACIONES.

En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente:

" Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero.

Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobretodo desde A.C a titulares y viceversa. Os explico brevemente aquí.

Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañanas; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea.

En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", (derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio.

En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicais. Gracias".

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1402 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Nº de registro: 1402

Título
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos "admin" en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto "extra": DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes "admin."
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar el circuito.
Finalización: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LAZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Como se explicó en la anterior memoria enviada, en lugar de crear un registro en papel (Proyecto previo 2016_0293) "Creación de un registro para mejorar la comunicación interprofesional en el P.A.C de Benasque" se decide modificar agendas y ampliar el proyecto a toda la Zona de Salud creando un registro informatizado: Proyecto 2016_1402 : "Creación de un circuito para mejorar la comunicación asistencial interprofesional en la Zona de Salud de Castejón de Sos".

Así PRESERVAMOS LA L.O.P.D. (El proyecto 2016_1402 tiene la misma finalidad que el 2016_0293 pero en distinto formato.)

- Se designan responsable del proyecto, siendo M^a Eugenia Castillo la encargada de llevarlo a cabo.
- Se realiza sesión informativa en el C. S. Castejón de Sos.
- Se crea un registro de comunicación interprofesional sencillo, que, después de ser consensuado por los distintos profesionales, se decide sea informatizado a través de modificación en las agendas OMI.
- * Creación de huecos "admin" en color verde, destinados a comunicación asistencial informativa únicamente. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
- * Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto " extra" (derivado de otro profesional).

En este apartado es importante que si el paciente no acude, este hecho quede registrado (marcar al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.

- Se comprueba la puesta en marcha del registro y se anotan distintas incidencias.
- Se crea un flujograma explicativo y se distribuye a todos los profesionales por medio de un correo interno en OMI.(Se envía correo electrónico interno el 9 Noviembre 2017 a todos los profesionales recordando el proyecto y cómo registrarlo). Y en sucesivas ocasiones se va recordando verbalmente para que se lleve a cabo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha puesto en marcha el proyecto: el registro no ha sido rellenado por la totalidad de los distintos profesionales, pero aquellos que lo han utilizado han podido observar que facilita la comunicación asistencial interprofesional y el trabajo.
- Se ha intentado implicar a los distintos profesionales y se ha intentado cumplir los objetivos.
- Se ha mejorado la atención del usuario en la Zona de Salud tras mejorar la comunicación interprofesional.
- Ha mejorado la asistencia de calidad.
- Ha aumentado la seguridad a la hora de desarrollar los procesos asistenciales. - Han disminuido los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
- Se garantiza la LOPD.
- Ha aumentado la satisfacción de los profesionales que han desarrollado este programa.
- No se han pedido datos al servicio de informática para elaborar la información en relación a los indicadores porque aunque el proyecto 2016_1402 está bien informado y diseñado, no se han utilizado suficientemente esos huecos habilitados. Seguimos haciendo especial hincapié en el desarrollo del proyecto ya que creemos es una buena herramienta de comunicación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tenemos que seguir insistiendo en que no se haga transmisión verbal sino registrada en los huecos habilitados para que prevalezca la L.O.P.D.

7. OBSERVACIONES.

En el correo electrónico enviado a los profesionales del Centro se explica lo siguiente: " Se ha puesto en marcha el programa de comunicación interprofesional en el Centro de Salud. Os hemos dejado un flujograma explicándolo en cada casillero. Es muy sencillo, sirve para mejorar la comunicación sobre todo desde A.C a titulares y viceversa. Os explico brevemente aquí. Se crearon huecos verdes "ADMIN" en cada agenda, tanto de A.C. como de titulares de mañana; nos indica que debemos abrir la historia porque debemos de estar informados de dicho paciente por el motivo que sea. En el caso en que un paciente creamos conveniente que debe de ser visitado en consulta por otro profesional (E.A.C, médico de familia, pediatra...) lo citaremos cambiando un acto de demanda por otro que pone "EXTRA", (derivado de otro profesional); en este caso, si no acude a consulta, debemos clicar en "no acudió". En caso de que sea un domicilio, se clicará "EXTRA" y en observaciones añadiremos que es un domicilio. En una próxima reunión lo explicaré, o si tenéis alguna duda me lo comunicáis . Gracias". Continuaremos insistiendo ya que facilita la comunicación interprofesional manteniendo la L.O.P.D.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1402 ===== ***

Nº de registro: 1402

Título
CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, CLAVERO PEREZ MANUEL, SANTA BARBARA PALACIO MARIA ROSA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, VECCINO QUEVEDO ALBA FLAVIA, GARCIA SANJUAN GEMA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todo tipo de patología que requiera continuidad de tratamiento y/o cuidados
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Actualmente no existe ningún circuito de comunicación asistencial entre los profesionales del EAP, ya que hasta ahora la información de continuación de tratamientos ha estado basada en notas personales dejadas en las mesas de consulta.
Este procedimiento no garantiza ninguna seguridad ni en el seguimiento al paciente ni con respecto a la LOPD., suponiendo un problema para la atención sanitaria de calidad
El objetivo de este proyecto es diseñar un circuito que facilite o garantice la continuidad asistencial que debe ser llevada a cabo entre los distintos profesionales, en los distintos turnos.
Así aumentaríamos la seguridad y satisfacción del usuario y de los profesionales implicados, aumentando la calidad en la atención sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la atención del usuario en la Zona de Salud.
Ofrecerle una asistencia de calidad.
Aumentar la seguridad a la hora de desarrollar procesos asistenciales.
Disminuir los riesgos en la atención sanitaria derivados de una mala comunicación.
Garantizar la LOPD.
Implicar a todos los profesionales y verificar que todos se implican en el cumplimiento de objetivos.
Aumentar la satisfacción de los profesionales

MÉTODO
Designar responsable.
Creación de un circuito de comunicación interprofesional sencillo.
Las irregularidades que se detecten se reflejarán en el registro de incidencias.
Modificación agendas OMI.
Creación de huecos "admin" en color verde destinados a comunicación asistencial informativa. Lo originará el profesional que atiende, registrándolo en la agenda del profesional al que quiere informar.
Si derivado de la atención asistencial, se requiere una visita presencial, el profesional que lo atiende lo cita en la agenda del profesional que lo debe visitar, seleccionando el acto "extra": DERIVADO DE OTRO PROFESIONAL. En este apartado es importante que si el paciente No acude, este hecho quede registrado. (darle al "no acudió"). En caso de ser un domicilio, se registrará en observaciones dentro de la historia clínica del paciente.
Realizar sesión informativa en reunión del EAP.

INDICADORES
- Número de incidencias abiertas en relación al circuito de comunicación.
- Número de huecos verdes "admin" utilizados.

DURACIÓN
Inicio: 22 de mayo: presentación del borrador del proyecto al EAP.
Junio: modificación agendas OMI para poner huecos verdes "admin."
Una vez modificadas las agendas, se informará mediante reunión de EAP a todos los miembros para poder iniciar

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1402

1. TÍTULO

CREACION DE UN CIRCUITO PARA MEJORAR LA COMUNICACION ASISTENCIAL INTERPROFESIONAL EN LA ZONA DE SALUD DE CASTEJON DE SOS

el circuito.
Finalización: Mayo 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-SOLICITUD MATERIAL PARA REALIZACIÓN PROYECTO.
-CONCRETAR LUGAR Y DÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD.
-REALIZACIÓN ACTIVIDAD:01-2017 Y 02-2017
-INFORMAR PROYECTO EN CONSEJO DE SALUD:06-2017 Y 11-2017

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD:29-06-2017 Y 09-11-2017
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La valoración ha sido positiva tanto en la ejecución como en los resultados obtenidos.Las personas que han participado en las actividades han manifestado su satisfacción con ellas por la información que aportan y la importancia que tienen en las situaciones de compromiso vital.
Esperamos seguir con el proyecto y si es posible aumentar el nº de personas a las que va destinado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1408 ===== ***

Nº de registro: 1408

Título
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretodo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S.CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

RESULTADOS ESPERADOS

- .Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
- .Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
- .Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
- .Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
- .Familiarizarse con el DESA y su manejo..

MÉTODO

- Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
- Preparar presentaciones teóricas.
- Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
- Pasar test pre y pos formación.
- Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria

INDICADORES

- Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
- Nº de talleres = 0 > 1
- Aumento de la puntuación de los participantes en el test, tras la formación.

DURACIÓN

- Enero-Diciembre 2017
- Consejo de salud: mayo-junio 2017
- Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
- Cursos de RCP Básica: 3 horas
- Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-SE SOLICITÓ MATERIAL PARA LA REALIZACIÓN DEL PROYECTO A LA UNIDAD DOCENTE Y AL COLEGIO DE MÉDICOS.
-EL 03/02/2018: CHARLA PARA LA ASOCIACIÓN DE MUJERES DE BONANSA-MONTANUY.
-EL 20/04/2018: CURSO -TALLER DE RCP Y MANEJO DEL DESA PARA LAS PERSONAS ACREDITADAS EN LOS AÑOS ANTERIORES.
-EL 26/11/2018:CURSO-TALLER RCP-PRIMEROS AUXILIOS A 1º BACHILLERATO I.E.S. CASTEJÓN DE SOS.
-SE INFORMÓ DEL PROYECTO EN LOS CONSEJOS DE SALUD DE LA ZONA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-REGISTRO DE LAS ACTIVIDADES EN LA S FICHAS DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA
-REGISTRO EN ACTAS DEL CONSEJO DE SALUD.
-RESULTADOS DEL TEST INICIAL EN RELACIÓN CON EL TEST FINAL >40%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

HA SIDO MUY POSITIVO Y DE GRAN UTILIDAD PRACTICA EL DESARROLLO DE ESTE PROYECTO.COMO AHORA ESTÁ CONSOLIDADO Y REGISTRADO EN LA AGENDA COMUNITARIA DECIMOS SU CIERRE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1408 ===== ***

Nº de registro: 1408

Título
FORMACION EN R.C.P. BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. DE CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Instituto Nacional de Estadística en su último informe, sigue situando a la E.C.V. como 1ª causa de muerte en España con el 29,39% del total de fallecidos.La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año.La mayoría de estas muertes se producen en el ámbito extrahospitalario y casi siempre, los primeros que atienden a las victimas son sus familiares, amigos, vecinos...por lo que la educación en las maniobras de resucitación deben de ir dirigidas a toda la población, para iniciarlas de la manera más precoz posible e intentar conseguir mayor supervivencia del paciente, con las menores secuelas posibles.
Cada vez más, se recomienda la existencia de DESA en lugares no sanitarios, por lo que la formación sobre su manejo se hace imprescindible, sobretudo en aquellos lugares donde ya existe el desfibrilador, siendo necesaria, según la legislación vigente aragonesa, un certificado de formación para su uso.
En conversaciones con miembros de ayuntamientos, asociaciones de la zona detectamos el interés que suscita este tema.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1408

1. TÍTULO

RCP BASICA PARA LA POBLACION GENERAL DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y MANEJO DEL DESA PARA GRUPOS SELECCIONADOS

RESULTADOS ESPERADOS

- .Proporcionar los conocimientos y las habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca por parte del personal no sanitario.
- .Aumentar la supervivencia y disminuir las secuelas en caso de parada.
- .Implicar a las personas en el cuidado y atención de su salud y de sus conciudadanos.
- .Conocimiento de la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca
- .Familiarizarse con el DESA y su manejo..

MÉTODO

- Hablar con la población para organizar los cursos.
- Informar en el próximo Consejo de Salud.
- Preparar presentaciones teóricas.
- Solicitar los materiales necesarios para la realización de los talleres: muñecos, torsos, DESA demostración...
- Pasar test pre y pos formación.
- Registro de la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria

INDICADORES

- Acta del Consejo de Salud donde se recoga la presentación de los proyectos Asistenciales y Comunitarios.
- Nº de talleres = 0 > 1
- Aumento de la puntuación de los participantes en el test, tras la formación.

DURACIÓN

- Enero-Diciembre 2017
- Consejo de salud: mayo-junio 2017
- Conversaciones con Ayuntamientos y Asociaciones: enero-diciembre
- Cursos de RCP Básica: 3 horas
- Cursos de RCP y manejo DESA: 8 h.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
 · Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
 · Centro CS CASTEJON DE SOS
 · Localidad CASTEJON DE SOS
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
 - Información al EAP sobre la actividades que se realizan.
 - Actualización de octavillas informativas
 - Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
 - Información verbal sobre las ventajas de la Aplicación y del Aviso por SMS a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
 Los datos de casillas marcadas en BDU para SMS y el número de PIN generados, nos lo ha facilitado el CAU. Los datos sobre citas "web" nos los ha facilitado el Servicio de Informática de nuestro Sector. En todos los datos de SMS, Pin asignados y citas Web obtenidas, se observa un incremento notable.

AUTORIZA COMUNICACIÓN por SMS				INCREMENTO SMS			
CIAS	ene-17/ene-18/ene-19	CIAS	17-18	18-19			
1001130101Q	1	5	1001130101Q	66,67%			40,00%
1001130102V	39 125 170		1001130102V	68,80%		26,47%	
1001130103H	45 119 155		1001130103H	62,18%		23,23%	
1001130104L	0	4	10	1001130104L	100,00%		60,00%
1001130105C	43	85	130	1001130105C	49,41%		34,62%
1001130201R	32 71	91		1001130201R	54,93%	21,98%	
TOTALES	160 407	561		PROMEDIO	67,00%		34,38%

PINES GENERADOS				INCREMENTO PIN			
CIAS	ene-17/ene-18/ene-19	CIAS	17-18	18-19			
1001130101Q	0	3	5	1001130101Q	100,00%		40,00%
1001130102V	15	100 176		1001130102V	85,00%	43,18%	
1001130103H	7	86 145		1001130103H	91,86%		40,69%
1001130104L	1	1	8	1001130104L	0,00%		87,50%
1001130105C	5	46 108		1001130105C	89,13%		57,41%
1001130201R	2	53	82	1001130201R	96,23%		35,37%
TOTALES	30	289	524	PROMEDIO	77,04%		50,69%

CITAS "WEB" REGISTRADAS: incremento: año 2017: 33%, año 2018: 28%

CIAS	2016	2017	2018
0101Q	18	20	15
0102C	28	91	152
0103H	63	107	201
0104L	186	171	104
0105C	42	86	170
PEDIATRIA	8	41	69
PUYUELO	6	13	20
ALONSO	8	15	33
MORED	19	15	10
GªGONZALEZ	0	8	17
MARTINEZ	0	0	1
TOTAL AÑO	378	567	792

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
 Estos datos indican una implicación del usuario en el sistema. En la Aplicación tienen su agenda de visitas, por lo que pueden gestionarlas y solicitar anulaciones, lo que ayuda a disminuir el absentismo, tanto a Primaria como a Especializada, ésta última más necesaria, dadas las listas de espera.

7. OBSERVACIONES.
 Deseamos continuar un año más con este Proyecto para conseguir una mayor cobertura. En nuestro Centro de Salud tenemos un 15,70% de absentismo a Especializada y creemos necesario bajar esta cifra.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1461 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Nº de registro: 1461

Título

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:

GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.

-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.

Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan

- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.

2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:

- A través de Internet, en www.saludinforma.es
- Mediante la APP "saludinforma"

Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):

- La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
- La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.

El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO

- Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
- Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
- Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES

Cada año solicitaremos los siguientes datos:

- Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
- Número de PIN generados en BDU.
- Número de citas dadas en OMI con la clave "web"

Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Casilla "SMS" activada:

CIAS ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q 1
1001130102V 39
1001130103H 45
1001130104L 0
1001130105C 43
1001130201R 32

Citas dadas por "web" **

CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:		2460			
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citas "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.

El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT GUILLEN PEREZ
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA
YUSTE ARA ALFREDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Elaboración y actualización de octavillas informativas
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos que se entregan al asignar médico en este EAP
- Información verbal a los usuarios que acuden por otras gestiones al Servicio de Admisión o llaman por teléfono.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Exponemos a continuación los datos de nuestro C.S. que tenemos gracias a la participación del CAU (pin y sms) y de Informática de Barbastro (datos sobre citas web) (Alfredo Yuste Ara)

Resultados acumulados a ENERO DE 2020:

autoriza comunicación por SMS: promedio aumento con respecto al año anterior: 16,30%

CIAS	2017/2018	2019/2020		
1001130101Q	1/ 3/	5/	5	
1001130102V	39/125/	170/208		
1001130103H	45/119/	155/189		
1001130104L	0/	4/	10/	11
1001130105C	43/	85/	130/172	
1001130201R	32/	71/	91/	103
TOTALES	160/	407/561/688		

PIN ACTIVADOS: promedio de aumento con respecto al año anterior: 25%

CIAS	2017/2018	2019/2020		
1001130101Q	0/	3/	5/	7
1001130102V	15/	100/176/247		
1001130103H	7/	86/	145/204	
1001130104L	1/	1/	8/	9
1001130105C	5/	46/	108/166	
1001130201R	2/	53/	82/	101
TOTALES	30/289/	524/734		

Desde el inicio del Programa de Calidad, en esta Zona de Salud se ha pasado de 160 casillas "SmS" activadas a 688. Nos parece importante seguir insistiendo en promocionar los "SMS" ya que es un recordatorio de sus citas con el hospital y va directamente relacionado con el absentismo a citas, que en este Centro de Salud ronda el 15 % y deseamos bajar esta cifra aumentando la implicación del usuario.

Con respecto a los PIN asignados, ocurre lo mismo, iniciamos con 30 y este año tenemos 734.

Es muy importante para nosotros dar a conocer la APP del Salud, que facilita mucho obtener cita sin tener que llamar y a cualquier hora, además de tener una "agenda médica" con la relación de todas sus citas de AP y AE y de su medicación, su lista de espera quirúrgica, etc.

En cuanto a las citas "web" hemos pasado de 378 a 935 y deseamos seguir incrementándolo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cerramos el Proyecto pero seguimos en la línea de insistir y subir estos datos, ya que facilita el contacto del usuario con el Salud a la vez que disminuye un poco la saturación de llamadas en el Servicio de Admisión del Centro de Salud.

Creo que esto sería aún más importante en Centros de Salud con mucha población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1461 ===== ***

Nº de registro: 1461

Título
FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

Autores:
GUILLEN PEREZ MONTSERRAT, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: no está relacionado con patologías
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: implicación del usuario con el sistema sanitario

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

1ª situación: saturación de llamadas en los CC.SS.

-Los Servicios de Admisión de los Centros de Salud reciben multitud de llamadas cada día, en su gran mayoría para pedir cita.

Estas llamadas no se han visto disminuidas por la posibilidad de pedir cita en "saludinforma" ya que es un número de coste adicional y es muy escaso el número de usuarios que lo utilizan

- Como consecuencia de esta saturación, se puede dificultar la respuesta ante una demanda urgente.

2ª situación: información deficiente sobre las citas con especializada, debido a cambios de domicilio, extravíos de cartas, que se traduce en absentismo de citas y el consiguiente agravamiento de las listas de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualmente el SALUD ha puesto en marcha otros modos de pedir cita:

- A través de Internet, en www.saludinforma.es
- Mediante la APP "saludinforma"

Y, con respecto a Especializada (solicitado a través de BDU):

- La posibilidad de autorizar envío de SMS recordatorios de las citas con el especialista 48 horas antes.
- La posibilidad de facilitar un PIN al usuario para acceso, tanto en la APP como en www.saludinforma.es a su zona personal donde consultar sus citas con especializada, solicitar modificación o anulación y otras gestiones.

El objetivo de este proyecto es fomentar y aumentar el uso de estas nuevas aplicaciones, para dar mayor autonomía al paciente y conseguir una mayor implicación del usuario con el sistema sanitario, haciéndolo consciente del valor del mismo y cómplice en conseguir un sistema más eficiente.

MÉTODO

- Exposición de la iniciativa en reunión del EAP.
- Elaboración de octavillas informativas de estas nuevas aplicaciones, dejándolas en las salas de espera y en Admisión.
- Inclusión de la misma información en los trípticos informativos de la oferta de servicios del Centro de Salud de Castejón de Sos
- Comentar directamente con los usuarios estas novedades, aprovechando sus gestiones en Admisión o sus llamadas telefónicas a nuestro Servicio.

INDICADORES

Cada año solicitaremos los siguientes datos:

- Número de casillas "autoriza comunicación por SMS" marcados en la BDU en nuestra Zona de Salud.
- Número de PIN generados en BDU.
- Número de citas dadas en OMI con la clave "web"

Esperamos un incremento de un 15% en cada uno de ellos.

SITUACIÓN DE PARTIDA:

PINs GENERADOS:

CIAS	ENERO-17	ENERO-18	INCREM.
1001130101Q	0		
1001130102V	15		
1001130103H	7		
1001130104L	1		
1001130105C	5		
1001130201R	2		

Casilla "SMS" activada:

CIAS	ENERO-17/ENERO-18/INCREM.
1001130101Q	1
1001130102V	39
1001130103H	45
1001130104L	0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1461

1. TÍTULO

FOMENTAR EL USO ENTRE LOS USUARIOS DEL SALUD DE LAS NUEVAS APLICACIONES APP-PIN-SMS

1001130105C	43				
1001130201R	32				
Citas dadas por "web" **					
CIAS	Año 2016	Año 2017	INCREM.	Año 2018	INCREM.
1001130101Q:	1968				
1001130102V/1001130103H/1001130201R:		2460			
1001130104L:	492				
1001130105C:	1476				

**dudamos de estos datos. Nos parecen elevados en este momento del proyecto.

DURACIÓN

Cada año se pedirán datos al CAU sobre PIN y SMS. Las citas "web" de OMI se pedirán a nuestro servicio de informática.

El Proyecto se mantendrá hasta conseguir unas cifras aceptables para la población de esta zona de Salud, en su mayoría de edad avanzada.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se informó del proyecto en reunión del EAP
Solicitó y recibió el MAPA y el tensiometro detector de arrimias (este hace 3 meses).
Se creó la agenda para la realización del MAPA
Se programó la distribución del MAPA entre los distintos cupos del centro
Se realizaron sesiones clínicas y talleres de manejo e interpretación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-nº de sesiones formativas: 3 registradas en el acta de sesiones (2 en noviembre del 2017 y 1 en noviembre del 2018.Objetivo: >2
-nº de MAPAS realizados: 42 .objetivo:=> 10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pensamos que ha sido util la introducción del MAPA en el diagnostico, control y seguimiento de nuestros pacientes hipertensos y pensamos en continuar con el proyecto para normalizar en todos los cupos su uso y además introducir de un modo parecido al MAPA, el tensiómetro detector de aritmias, ya que no hemos tenido tiempo de implantarlo por recibirlo hace poco tiempo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnostico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca"al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico, en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y, en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores, que permitan evitar el efecto "bata

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

blanca", que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente, como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.
- Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
- Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
- Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
- Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios y profesionales.

MÉTODO

- Información del proyecto en reunión del E.A.P.
- Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
- Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
- Solicitar Tensiómetro con detector de arritmias. Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
- Crear agenda para la realización MAPA.
- Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

INDICADORES

- Nº de sesiones formativas = > 2.
- Nº de MAPAS realizados => 10

DURACIÓN

Noviembre 2017-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
ESPIER LLORENS ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Información al E.A.P. de la existencia de la agenda para la realización del MAPA
Registro de la distribución del MAPA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Nº DE mapas realizados: 11. objetivo:=>10

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este año a consecuencia de las incapacidades laborales de varios miembros tanto del equipo de mejora, como del EAP en su conjunto, se ha producido un descenso importante del nº de MAPAS realizados. por lo que consideramos importante, retomar el proyecto e impulsarlo durante este año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/177 ===== ***

Nº de registro: 0177

Título
MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ALONSO BERGES RAQUEL, ESPIER LLORENS ROSA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública tanto por su elevada prevalencia como por el elevado riesgo cardiovascular que conlleva, siendo el principal factor de riesgo cardiovascular modificable para un evento cardiovascular. La medida aislada de la presión arterial obtenida de forma programada o fortuita en un centro sanitario o en una oficina de farmacia puede considerarse como un punto de partida en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la HTA. No obstante al tratarse de una medición casual, aislada, realizada fuera del entorno habitual del paciente puede verse afectada por el efecto "bata blanca" al tiempo que es poco reproducible y no proporciona información durante las actividades cotidianas del paciente o durante el sueño. Estas limitaciones pueden conducir a problemas o errores en el diagnóstico, en la evaluación del perfil de riesgo del paciente, en la efectividad y adecuación de los tratamientos antihipertensivos instaurados y, en general, en la de decisiones clínicas. Por todo ello los profesionales sanitarios nos deberíamos decantar por usar dispositivos de medidas más innovadores, que permitan evitar el efecto "bata blanca", que tengan mayor reproductividad y que permitan estudiar la variabilidad de la PA y su patrón circadiano durante la actividad cotidiana del paciente, como puede ser el dispositivo de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial "MAPA".

RESULTADOS ESPERADOS
-Mejorar el diagnóstico, tratamiento y control de los pacientes hipertensos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0177

1. TÍTULO

MEJORA EN EL DIAGNOSTICO Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO

- Disminuir las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso.
- Mejorar la estratificación del Riesgo Cardiovascular.
- Aumentar los conocimientos sobre Hipertensión Arterial de los profesionales sanitarios.
- Fomentar el uso del MAPA entre los profesionales sanitarios, familiarizándose con su realización e interpretación.
- Aumentar la satisfacción de los usuarios y profesionales.

- MÉTODO
- Información del proyecto en reunión del E.A.P.
 - Realización de sesiones clínicas sobre HTA.
 - Solicitar MAPA-Realización de varias sesiones clínicas y talleres sobre su manejo e interpretación.
 - Solicitar Tensiometro con detector de arritmias.Sesión clínica sobre manejo y interpretación.
 - Crear agenda para la realización MAPA.
 - Programar la utilización del MAPA entre los distintos cupos.

- INDICADORES
- Nº de sesiones formativas = > 2.
 - Nº de MAPAS realizados => 10

DURACIÓN
Noviembre 2017-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 - 2018/1446

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Fecha de entrada: 07/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL YSEBIE RONSE
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALONSO BERGES RAQUEL
GARCIA SANJUAN GEMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Primera reunión con los distintos instituciones colaboradoras prevista el 25/02/2019 (instituto, colegio, residencia de ancianos, servicios sociales y ayuntamiento, Centro de salud)

La idea es crear un activo para la salud para que se puedan apuntar a los mayores del valle a la actividad a través de una derivación por parte de los profesionales médicos del CS de Castejón de Sos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
se hizo una primera propuesta del proyecto en el consejo de salud en dic 2018 con buena acogida. Se decide ampliar el proyecto a todos los mayores del Valle. El alcalde quiere organizar un transporte para que los mayores de los pueblos puedan acudir a las actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
parece que el proyecto tiene una buena acogida por las instituciones colaboradoras.

7. OBSERVACIONES.
La escasez de tiempo debida a la carga de trabajo nos impide desarrollar el proyecto con más agilidad.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1446 ===== ***

Nº de registro: 1446

Título
SALUD COMUNITARIA: FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Autores:
YSEBIE RONSE ISABEL, ALONSO BERGES RAQUEL, GONZALEZ FERNANDEZ LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
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
Los ancianos pasan gran parte del día sentados y con escasos estímulos. Los RRHH con los que cuenta le residencia no son suficientes para poder cubrir esas necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar el bienestar y estimular la actividad física y agilidad mental de los residentes.
Fomentar en los jóvenes valores como el, compromiso, respeto y la empatía con los mayores.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1446

1. TÍTULO

FOMENTO DEL BIENESTAR FISICO Y MENTAL DE LOS ANCIANOS DE LA RESIDENCIA DE MAYORES DE CASTEJON DE SOS, IMPLICANDO AL ALUMNADO DEL INSTITUTO Y COLEGIO REALIZANDO ACTIVIDADES CONJUNTAS

Realizar una vez por semana paseos, gimnasia gerontológica y/o actividades lúdicas.

INDICADORES

nº de residentes implicados/nº de total de residentes=40%

nº de alumnos del instituto implicados/ nº de alumnado del instituto=10%

nº de alumnos del colegio implicados/nº de alumnado de colegio=10%

DURACIÓN

inicio: septiembre 2018

duración: curso escolar

OBSERVACIONES

la idea del proyecto de salud comunitaria es que a lo largo del tiempo, los alumnos obtengan suficiente empoderamiento para llevar a cabo las actividades sin nuestra supervisión.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL ALONSO BERGES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una sesión clínica para presentar el proyecto y un pequeño taller para adiestrar a los profesionales sobre el registro de los pacientes tratados con NACO en TAONET.
Busqueda activa de los pacientes tratados con NACO a través del Servicio de Farmacia DE ATENCIÓN PRIMARIA (María José Buisan). Se reparte un listado entre los profesionales para su posterior registro en OMI.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Pacientes con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes tratados con NACO= 23/28 = 60%
El standar marcado era de un 10%, la respuesta del equipo ha sido muy positiva.

2. Pacientes tratados con NACO registrados en TAONET/ total de pacientes registrados en TAONET = 23/80 = 28%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La aceptación del proyecto ha sido positiva. en este momento tenemos al 60% de los pacientes tratados con NACO correctamente identificados en la historia clínica.
Continuaremos este año 2019 revisando a través del listado de pacientes tratados ACOD hasta que el registro se realice de forma sistemática.
Se pretende llegar al 90% de los pacientes registrados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1493 ===== ***

Nº de registro: 1493

Título
IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTOS DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

Autores:
ALONSO BERGES RAQUEL, YSEBIE RONSE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Del total de los pacientes anticoagulados, sólo existía registro con un ícono específico en OMI para los pacientes tratados con Sintrom. Tras la última modificación de TAONET es posible registrar los pacientes tratados con los NACOS.
Consideramos que el hecho de tener a todos los pacientes anticoagulados correctamente registrados contribuye a la seguridad del paciente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1493

1. TÍTULO

IDENTIFICACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTICOAGULANTES ORALES

RESULTADOS ESPERADOS

Identificar a los pacientes tratados con NACO a través del nuevo registro de TAONET.

MÉTODO

busqueda activa de los pacientes que están en tratamiento con NACO y proceder a su registro en el programa de TAONET

INDICADORES

pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes registrados en TAONET > 10%
pacientes con NACO registrados en TAONET/total de pacientes en tto con NACO

DURACIÓN

junio 2018 (coincide con la implantación de la nueva versión del TAONET)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0051

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA EUGENIA CASTILLO CORTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SANJUAN MARIA GEMA
CASAS AGUSTENCH NURIA
PEREZ MELIZ MARIA PILAR
FRANCO ANGUSTO REYES
TIERZ VELEZ LETICIA
SANTABARBARA PALACIO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se forma un grupo de trabajo de 7 profesionales tanto de Enfermería como de Medicina para desarrollar los talleres.
- Se comunica en reunión del C.S. Castejón de Sos proyecto a desarrollar en Febrero del 2019.
- Hablamos con el profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para organizar talleres, horarios y días. Se lleva a cabo reunión el 9 Mayo de 2019 con la Directora del Centro Educativo para explicar proyecto, duración, práctica del taller. Se decide una duración de la actividad 2,5 hs por grupo mezclando alumnos de todos los grupos: primero con tercero y segundo con cuarto.
El lunes 13 de Mayo a las 10.45 se ofrece primer taller y el 15 de Mayo a las 12,45 el segundo.
- Preparación material necesario para desarrollar talleres, entre lo que se encuentra un power point explicativo de RCP: concepto, importancia de RCP, cadena de supervivencia, Soporte Vital Básico... Se comenta la Desfibrilación externa semiautomática y se les enseña cómo es el DEA del Consultorio. Se crea power point también de la posición lateral de seguridad. Se preparan varios videos divulgativos del ritmo cardíaco con música moderna. Una vez visto el power point y los videos, los alumnos se colocan por parejas y practican todo lo aprendido.
- Se registra la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria.
- Se pasa test pre formación para determinar conocimientos previos y post formación al terminar talleres para determinar el aprovechamiento de la actividad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han proporcionado conocimientos y habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca y primeros auxilios por parte de los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque.
- Los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres se dan por superados.
- Los alumnos se familiarizan con las situaciones de los temas tratados disminuyendo el temor ante las mismas.
- Se ve que se puede aumentar la supervivencia en caso de parada.
- Se asientan conocimientos básicos de primeros auxilios.
- Se da a conocer la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca.
- Nos entrevistamos con profesorado del Centro de Secundaria una vez terminados los talleres y valoramos como satisfactorios los talleres; de hecho, se comenta que en años posteriores se valoren otro tipo de talleres relacionados con el mismo tema.
- Valoramos mediante una entrevista final con profesorado la satisfacción tanto de profesorado como del alumnado.
- Se realizan 2 talleres dando por cumplido el primer indicador.
- Tras el post test, el cual recogemos y puntuamos tras 5 preguntas abiertas, vemos que hay un aumento del conocimiento tras la formación. También se valora la duración de la actividad como buena, el aumento de la satisfacción, si repetiría o no el taller, si se aconsejaría al resto de compañeros, y también si ha parecido o no práctico el taller. Todas las respuestas son satisfactorias, por lo que se dan los objetivos marcados como conseguidos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras reunión con Equipo de Mejora, y dada la importancia de conocer una RCP Básica y primeros auxilios, hemos determinado junto con el profesorado desarrollar talleres que engloben distintas prácticas de primeros auxilios en años posteriores para ir afianzando conceptos. Estamos en una zona rural con mucha dispersión geográfica y pocos recursos sanitarios, por lo que la instrucción a la población desde edades tempranas resulta de vital importancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/51 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0051

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE

Nº de registro: 0051

Título
TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZA SECUNDARIA DE BENASQUE

Autores:
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, GARCIA SANJUAN MARIA GEMA, CASAS AGUSTENCH NURIA, PEREZ MELIZ MARIA PILAR, FRANCO ANGUSTO REYES, TIERZ VELEZ LETICIA, SANTABARBARA PALACIO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Educación sanitaria enmarcada dentro de de la intervención sanitaria en la comunidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad nace por la necesidad manifiesta del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque, tras el conocimiento del desarrollo durante el año 2018 de talleres de RCP básica y primeros auxilios en el colegio de Primaria de Benasque. Vista la buena acogida en el Colegio de Primaria, se decide llevar a cabo también en Secundaria.

La Estadística en su último informe, sitúa a la enfermedad isquémica del corazón como primera causa de muerte en España. La cardiopatía isquémica provoca más de un millón de muertes cada año, y la mayoría se producen en ámbito extrahospitalario.

La educación a los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque, iría orientada a iniciar las maniobras de RCP y primeros auxilios intentando conseguir la mayor supervivencia posible con las menores secuelas.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para la atención de la parada cardíaca y primeros auxilios por parte de los alumnos del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque.

Aumentar los recursos y destrezas tanto individuales como grupales a través de los talleres .

Familiarizarnos con las situaciones de los temas tratados disminuyendo el temor ante las mismas.

Aumentar supervivencia en caso de parada.

Asentar conocimientos básicos de primeros auxilios.

Conocer la importancia de la cadena de supervivencia en la parada cardíaca.

MÉTODO

Formar grupo de trabajo para desarrollar los talleres.

Comunicar en reunión del C.S. Castejón de Sos proyecto a desarrollar.

Hablar con el profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para organizar talleres.

Preparación material necesario para desarrollar talleres.

Registrar la actividad mediante la ficha de Intervención Comunitaria.

Pasar test pre formación para determinar conocimientos previos y post formación al terminar talleres para determinar el aprovechamiento de la actividad.

INDICADORES

Entrevista con profesorado del Centro de Enseñanza Secundaria de Benasque para valorar la satisfacción al finalizar los talleres.
Nº talleres =o mayor de 2.

Aumento de la puntuación de los participantes en el test tras la formación.

DURACIÓN

Febrero- Diciembre 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0051

1. TÍTULO

TALLER PRACTICO PRIMEROS AUXILIOS Y RCP BASICA PARA LOS ALUMNOS DEL CENTRO DE ENSEÑANZASECUNDARIA DE BENASQUE

Comunicación en reunión en C.S.Castejón de Sos en Febrero 2019.

Conversaciones con Centro de Enseñanza Secundaria en Febrero 2019.

Curso Taller 2 hs por curso.

Se prevee la continuidad anual de esta actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0121

1. TÍTULO

TALLER HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL CRA ALTA RIBAGORZA. COLEGIO LASPAULES: SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE REYES FRANCO ANGUSTO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MONTERDE GUERRERO MIGUEL
GARCIA BELLO MARIA JESUS
GARCIA SANJUAN MARIA GEMA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
YSEBIE RONSE ISABEL
SANTABARBARA PALACIO ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE COMUNICA EN REUNIÓN DEL CENTRO DE SALUD EL PROYECTO A DESARROLLAR EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE DEL CURSO ESCOLAR.
HABLAMOS CON EL PROFESORADO DEL CENTRO PARA ORGANIZAR TALLERES, DÍAS Y HORARIOS
SE PROGRAMA LA ACTIVIDAD EN DOS SESIONES, DE APROXIMADAMENTE TRES HORAS CADA UNA, EN EL ÚLTIMO TRIMESTRE.
SE DECIDE HACER EN CONJUNTO LA CHARLA, CON SOPORTE AUDIOVISUAL Y POSTERIORMENTE SE DIVIDEN LOS NIÑOS POR CURSOS, PARA REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LO APRENDIDO, REALIZAN DIBUJOS, MANUALIDADES, CANCIONES Y PIRÁMIDE ALIMENTARIA (CON MATERIALES QUE TIENEN EN EL COLEGIO) DIFERENCIANDO LAS DIFERENTES ESCALAS.
SE REGISTRA LA ACTIVIDAD MEDIANTE LA FICHA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
--SE HAN PROPORCIONADO CONOCIMIENTOS SOBRE LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS SALUDABLES EN CUANTO A LA ALIMENTACIÓN Y EL EJERCICIO FÍSICO ASENTANDO CONOCIMIENTOS BÁSICOS.
--RELACIONAR LA BUENA SALUD CON LOS HÁBITOS DE BUENA HIGIENE BUCODENTAL, ASÍ COMO ANIMAR A LOS A LOS PADRES PARA SU CUMPLIMIENTO EN CASA, COMO REFUERZO DEL TALLER.
--SE INCENTIVA EL USO DE CREMAS PROTECTORAS PARA EL SOL Y GAFAS PARA LA PRÁCTICA DE DEPORTES AL AIRE LIBRE.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
--VALORAMOS JUNTO CON EL PROFESOR SEGUIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES Y DE GRADO DE SATISFACCIÓN
--TRAS LA EVALUACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE LAS ACTIVIDADES, PODEMOS CONCLUIR QUE ESTÁN MÁS MOTIVADOS PARA EL SEGUIMIENTO DE HÁBITOS SALUDABLES, DIFERENCIANDO CORRECTAMENTE LOS ALIMENTOS SALUDABLES DE LOS NO SALUDABLES POR PARTE DEL ALUMNADO, COMPRENSIÓN DE LA IMPORTANCIA DE PROTEGERSE DEL SOL,, ASÍ COMO DE LA IMPORTANCIA DE LA SALUDS BUCODENTAL, COMO PARTE DEL BIENESTAR GENERAL .
--RECOMIENDO SEGUIR INSISTIENDO EN ESTOS TEMAS, ACTUALMENTE TRES DÍAS A LA SEMANATRAEN FRUTA PARA EL DESAYUNO.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/121 ===== ***

Nº de registro: 0121

Título
TALLER DE HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL C. R. A. ALTA RIBAGORZA. COLEGIO DE LASPAULES : SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

Autores:
FRANCO ANGUSTO REYES, MONTERDE GUERRERO MIGUEL, GARCIA BELLO MARIA JESUS, GARCIA SANJUAN MARIA GEMMA, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, YSEBIE RONSE ISABEL, SANTABARBARA PALACIO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Promoción y prevención de la salud
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Promoción y prevención de la salud

Enfoque: -----

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0121

1. TÍTULO

TALLER HABITOS SALUDABLES PARA ESCOLARES DE PRIMARIA DEL CRA ALTA RIBAGORZA. COLEGIO LASPAULES: SOBREPESO Y OBESIDAD, SALUD BUCODENTAL Y EXPOSICION AL SOL

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Este taller nace de la necesidad de implantar hábitos saludables desde la edad temprana e irlos afianzando poco a poco a lo largo de los años .
Está demostrado que los cambios en los hábitos de vida en la población adulta son difíciles de reconducir. La población no está concienciada del problema que supone la obesidad, la dificultad de cambiar las pautas alimenticias insanas, establecidas durante años y la instauración de ejercicio físico en personas sedentarias; la mala higiene bucodental, las repercusiones generales de la misma y la sobreexposición al sol, sin protección, sobre todo en zonas rurales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Proporcionar los conocimientos, de acuerdo a cada edad, para adquirir hábitos saludables en cuanto a su alimentación y ejercicio físico.
- Relacionar una buena salud, con una buena higiene dental e instaurar una rutina de higiene buco-dental, así como la implicación de los padres.
- Conocer las consecuencias del consumo de azúcares refinados, tabaco y alcohol.
- Aprender a tener una buena técnica de cepillado, duración del mismo, uso del hilo dental, los enjuagues y el cepillado de lengua.
- Conocer los problemas que puede ocasionar la exposición al sol, sin protección solar adecuada, incidiendo sobre todo, en deportes relacionados con la nieve y playa o piscina .
- Conseguir mediante la prevención, que el niño sea consciente de la importancia de la promoción de la salud.

MÉTODO

- Comunicar en reunión de equipo de C. S. Castejón de Sos, el proyecto a desarrollar.
- Hablar con el profesorado y programar la actividad.
- Preparar charla-soporte audiovisual e interactuar con los niños a través de dibujos, redacciones, manualidades... (dado que es una escuela unitaria, dependiendo de la edad de los niños) .
- Registrar la actividad mediante la ficha de intervención comunitaria.

INDICADORES

Valorar el interés por parte del profesorado de la actividad y su posible continuidad en el tiempo.
Evaluar los conocimientos de los niños, antes y después de los talleres.
Nº de sesiones : mayor de 2 sesiones

DURACIÓN

Marzo - Mayo 2019

OBSERVACIONES

Al tratarse de una escuela unitaria, donde hay varios cursos, se adaptará los talleres según las edades.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0291

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Fecha de entrada: 16/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JESUS GARCIA BELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS CASTEJON DE SOS
· Localidad CASTEJON DE SOS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPIER LLORENS ROSA MARIA
GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO
MONTERDE GUERRERO MIGUEL
CASAS AGUSTENCH NURIA
SANTABARBARA PALACIO ROSA
CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se creó el sistema informático para que todos los profesionales tengan acceso al registro desde sus ordenadores.
Se realizó un nuevo inventariado de las salas de urgencias.
Se determinaron los mínimos de material y farmacia, aunque ahora se ha planteado una nueva revisión, por distintos problemas detectados en este tiempo.
Se comprobó y registró las caducidades del material y fármacos existentes.
Se pidió y repuso una nueva caja para fármacos de la mochila de urgencias del C.S. Castejón de Sos.
Se actualizó el formato de registro de mantenimiento sala de urgencias.
Varias sesiones clínicas informando al E.A.P.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Utilización registro caducidades :Nº Profesionales que lo han utilizado /total de profesionales: 9/18 = 50%.
OBJETIVO =>60%
-Seguimiento actividades:nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias / total de días de registro: 48 /365, de las cuales 32 en C.S. Castejón de Sos, 16 en el PAC de Benasque.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha puesto de nuevo en marcha el registro y mantenimiento en la sala de urgencias tanto en el Centro de Salud como en el PAC de Benasque, pero el cumplimiento y seguimiento de los objetivos marcados ha sido escasa, en parte debido al gran numero de profesionales que pasan por los dos centros de manera eventual, de las incapacidades laborales que se han presentado, cambio de miembros del equipo por las oposiciones y traslados surgidos en este periodo, por lo que es preciso retomar el proyecto y relanzarlo, intentando implicar al mayor nº posibles de componentes del equipo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/291 ===== ***

Nº de registro: 0291

Título
ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Autores:
GARCIA BELLO MARIA JESUS, ESPIER LLORENS ROSA MARIA, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, MONTERDE GUERRERO MIGUEL, CASAS AGUSTENCH NURIA, SANTABARBARA PALACIO ROSA, CASTILLO CORTES MARIA EUGENIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS CASTEJON DE SOS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Urgencias
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0291

1. TÍTULO

ISO-ACTUALIZACION Y REINVENTARIADO DE LA SALA DE URGENCIAS DEL C.S. CASTEJON DE SOS Y P.A.C. DE BENASQUE

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la puesta en marcha de la acreditación ISO en el C.S. de Castejón de Sos, año 2010, se ha ido realizando un sistema de control de las salas de urgencias del C.S de Castejón de Sos y del P.A.C. de Benasque y un sistema de registro de caducidades en formato ACCESS. En Junio del 2018, por criterios desconocidos por nosotros, creemos que económicos, se decidió, no renovar la licencia de ACCESS, con lo que nuestro sistema de registro, se invalidó. Eso unido a la gran cantidad de cambios en el personal del centro, ha llevado a que el Sistema de Calidad de Urgencias se haya deteriorado, por lo que se hace imprescindible volver a poner en marcha el sistema.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar la seguridad del paciente.
- Aumentar la seguridad de los profesionales.
- Aumentar la satisfacción de los profesionales.
- Mejorar el acceso al registro de caducidades.
- Aumentar la implicación de todos los profesionales.
- Disminuir los riesgos de ausencia de material y fármacos.
- Disminuir la probabilidad de encontrar material-fármacos caducados.
- Asegurar que las salas de urgencias se encuentren en un estado adecuado para su uso.

MÉTODO

- Crear un sistema informático para que los profesionales tengan acceso a él desde sus ordenadores.
- Inventariado de las salas de urgencias.
- Determinación de mínimos.
- Comprobación caducidades del material y fármacos existentes.
- Solicitar y reponer nueva caja para fármacos de la mochila de urgencias del.C.S. castejón de Sos.
- Actualizar los formatos ISO de urgencias.
- Sesión Clínica informando a todos los profesionales.

INDICADORES

- Utilización registro de caducidades: nº de profesionales que lo han utilizado/ total de profesionales=> 60%
- Seguimiento actividades: nº de incidencias registradas en el libro de mantenimiento de las salas de urgencias/total días de registro =<40%

DURACIÓN

Enero 2019 - Enero 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 - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
COLLADOS GRAO LAURA
PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN
VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL
JARNE GER CARLOS
FORTIT GARCIA JONATAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se reciben llamadas telefónicas en cuatro de los terminales, lo que se simultanea con la atención al público según acude al centro.
Se han instalado auriculares que facilitan la atención telefónica, así como el teclado a la vez que se está al aparato.
Se realizó difusión de la obtención de cita por internet y a través de la aplicación.
Se ha sintetizado mucha de la información expuesta a los pacientes, lo que permite concentrar más atención en cada mensaje.
Se ha replanteado la disposición de los trabajadores, de modo que no tienen especialización concreta, sino que atienden cualquier tipo de demanda que los pacientes puedan realizar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
A la fecha de cumplimentar esta memoria, el responsable no puede acceder a los datos necesarios para calibrar los resultados alcanzados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
A falta de conocer los resultados reales de las medidas adoptadas, puede ser precipitado extraer conclusiones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.

Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palien la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera:

Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas

Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica

Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.

Un ahorro económico a medio - largo plazo.

Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

MÉTODO

Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas. Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.

El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.

La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas
2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS
4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes
5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)
6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias
7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

INDICADORES

1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

2. N° de citas obtenidas por web/N° de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

DURACIÓN

Inicio: 1ª semana junio 2018

Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE DAVID CERVERA VIDAL
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto de mejora finalizó en enero de 2019 y la memoria se presentó en febrero de 2019, por lo que no hay ni habrá información nueva al respecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los resultados alcanzados son los incluidos en la anterior memoria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las conclusiones y recomendaciones son las incluidos en la anterior memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1321 ===== ***

Nº de registro: 1321

Título
REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

Autores:
CERVERA VIDAL DAVID, COLLADOS GRAO LAURA, PUEYO GONZALEZ MARIA CARMEN, VILLANUEVA LIZANDRA RAQUEL, JARNE GER CARLOS, FORTIT GARCIA JONATAN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Aspectos relacionales
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Administrativo y organizativo

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Debido a reclamaciones de usuarios, y por la funcionalidad intracentro, se observa que la recepción de llamadas externas e internas es limitada, quedando muchas sin responder. Según datos de enero de 2018, solo se respondió el 19% de llamadas (81% desatendidas)
El CS Fraga recibe más de 700 llamadas varios días por semana casi en cualquier periodo del año. Así, se atienden en media 133 llamadas/día.

El equipo de admisión consta de 5 auxiliares administrativos y atiende más de 19.000 usuarios, de Fraga y pueblos vinculados. Los meses de mayo las afiliaciones aumentan hasta un 30%, lo que repercute directamente en nuevas tarjetas. Esto implica una labor reflejada en los siguientes datos, del 1 de enero hasta 31 de mayo de 2018:

Registros de tarjeta Sanitaria, movimientos: 2.336
Registros en OMI: 51.176
Altas rápidas: 919

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

La fluidez en la comunicación telefónica es muy apreciada por usuarios y profesionales, y su ausencia genera insatisfacción. Por el gran volumen de tareas y usuarios no es posible contestar todas las llamadas tal y como sería deseable.

Así, es crucial aportar mejoras estructurales/organizativas, que palien la falta de recursos humanos y diseñar un sistema que agilice la comunicación telefónica para el CS Fraga.

RESULTADOS ESPERADOS

Se espera:

Disminuir la demanda de comunicación telefónica, fomentando el uso de vías alternativas

Aumentar al menos en un 8 % la recepción telefónica

Que el nuevo diseño favorezca un trabajo de calidad y genere satisfacción y salud a usuarios, profesionales y sistema.

Un ahorro económico a medio - largo plazo.

Población diana: usuarios; intervenciones dirigidas a: usuarios, profesionales y sistema.

MÉTODO

Punto de partida: hasta abril 2018 solo entraban llamadas en 2 de los 5 teléfonos -que podían silenciarse, quedando una señal luminosa como todo reclamo de atención- y existía una única vía de entrada para las llamadas. Gracias a una monitorización, se esclarece cuál es el déficit y la comparativa respecto a otros centros, evidenciando la necesidad de cambios.

El notable número de reclamaciones que responde el coordinador del CS lo confirma.

La jefa de admisión del Sector Barbastro llevó a cabo cambios técnicos y ha expuesto propuestas de cambio contrastadas, a la vez que matiza las posibilidades técnicas de los auxiliares administrativos. Las acciones iniciadas son:

1. se ha establecido un ritmo para la recepción telefónica y para actividades simultáneas, consistente en uno a uno y evitar dejar entradas telefónicas perdidas
2. se han habilitado líneas de entrada múltiples, todos los teléfonos pueden recoger llamadas y ninguno silenciarse
3. se han solicitado posters y folletos de SALUD INFORMA, repartidas estratégicamente por el CS
4. los profesionales del CS han diseñado carteles y tarjetas con información de SALUD INFORMA para entrega directa a pacientes
5. Está tratada con D.A.P. la necesidad de un 6º auxiliar administrativo (ratio de usuarios / auxiliar administrativo recomendado)
6. Se está gestionando el cambio de distribución horaria del personal de admisión que, actualmente, colabora en la recepción de pacientes en urgencias de 15 a 17 horas, lo que excede de sus competencias y mengua el desarrollo de actividades propias
7. Dotar al personal de admisión de auriculares inalámbricos que facilitan responder las llamadas desde cualquier sitio y dan rapidez al tener las manos libres

Se ha acordado tratar sobre la recepción de llamadas telefónicas en un mínimo de 3 reuniones anuales entre auxiliares administrativos y coordinación de A.P. (se reúnen mínimo cada mes), en 1 de cada 3 reuniones entre profesionales de medicina (reunión semanal) y en 1 de cada 6 reuniones con todos los profesionales del CS (promedio de 3 reuniones mensuales)

Se espera aumentar la satisfacción y el empoderamiento de usuarios y mejorar la agilidad de las funciones y bienestar de los auxiliares administrativos.

INDICADORES

1. comparar total de llamadas entre enero 2018 y enero 2019, recibidas en el CS Fraga, de lunes a viernes en horario de 8 a 15 horas. Aumentar llamadas atendidas respecto al total del 19% de enero 2018 al 27% en enero 2019
2. Nº de citas obtenidas por web/Nº de PIN facilitados desde BDU

Los datos serán suministrados por CAU

Los límites inferior y superior de calidad: 21% y 33% de llamadas atendidas respecto al total de entrantes.

DURACIÓN

Inicio: 1ª semana junio 2018

Fin: enero de 2019, tras obtención de resultados, con muestra inicial en noviembre 2018

Si los resultados se acercan a los esperados y/o generan tendencia, se establecerá y dará continuidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1321

1. TÍTULO

REVISION Y DESARROLLO DE LA RECEPCION TELEFONICA POR EL SERVICIO DE ADMISION EN EL CENTRO DE SALUD DE FRAGA Y EVALUACION DE LA EFECTIVIDAD DE LOS RECURSOS EMPLEADOS Y MEDIDAS PALIADORAS

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Fecha de entrada: 17/01/2018

2. RESPONSABLE NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BITRIAN AISA PILAR
LAFUENTE PALACIN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Pacientes EPOC con más de 6 meses desde el diagnóstico, en consulta de enfermería se explica en que consiste la intervención (al paciente y al familiar).
Anatarlo en historia clínica.
Cada intervención consta de 10 participantes (entre pacientes y cuidadores) y tiene que haber 4 de reserva.
4 sesiones de 1 h 30 minutos, con talleres.
Se realiza cuestionario de conocimientos antes y a los 6 meses de la intervención. Cuestionario de uso de inhaladores antes y despues intervención.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Sumatorio (%test conocimientos a los 6 meses- % test conocimientos pre, de todos los participantes)/ nº participantes = 11.44 % (el objetivo era aumentar un 5%).
Sumatorio (%test inhaladores post- %test inhaladores pre) / nº participantes = 25.97% (el objetivo era aumentar un 5%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Al igual que en la búsqueda bibliográfica hemos vista que la educación sanitaria aumenta los niveles de conocimientos y habilidades de los pacientes con EPOC.
Se debería de realizar una sesión de mantenimiento, en los pacientes que ya han recibido la intervención, cada 2 años.
Debemos continuar realizando esta intervención en todos aquellos pacientes con EPOC del CS de Fraga.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título
INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Autores:
ARESTE ALBA NURIA, BITRIAN AISA PILAR, LAFUENTE PALACIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa.
En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbimortalidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.

Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.

Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.

Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

MÉTODO

- Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30 minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
- Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
- Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
- Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
- Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopía.
- Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
- Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

INDICADORES

Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención

- Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
- Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
- Test manejo de inhaladores post intervención - test pre intervención
- Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
- Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención
- Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención - número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención

Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

DURACIÓN

1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.
2º y 4º trimestre realización de la intervención.
1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE NURIA ARESTE ALBA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIA PILAR BITRIAN AISA
MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30 minutos, una vez por semana). Este año 2018 se ha realizado un grupo en mayo y en diciembre se hizo un recordatorio a los primeros grupos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes tras la intervención han aumentado una media de 26% en cuanto a los conocimientos. Y un 19.9 % en la técnica de inhalación. Esto en cuanto al grupo de mayo. En cuanto al grupo de recordatorio solo se les pasó el cuestionario de conocimientos habiendo un aumento del 9.2%. Aquí vemos que el aumento ha sido menor al del grupo de mayo, pero tras analizar las encuestas hemos visto que en este grupo, que ya habían realizando la intervención con anterioridad y ahora era un recordatorio, el nivel de conocimientos previo era mayor.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos visto que la intervención educativa es efectiva para aumentar los conocimientos y las habilidades. Por lo cual creemos que es necesario continuar con la intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título
INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

Autores:
ARESTE ALBA NURIA, BITRIAN AISA PILAR, LAFUENTE PALACIN CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Educación para la salud
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En septiembre de 2011 se implantó el Programa de EPOC en el Servicio Aragonés de la Salud por parte del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón. Posteriormente, en el año 2013 se realizó una revisión exhaustiva de historias clínicas, de los 113 pacientes diagnosticados de EPOC se observó que a solo un 0,86% de éstos se les había aplicado dicho programa. En los últimos datos publicados en el Epidemiologic Study of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) in Spain (EPI-SCAN), se habla de una prevalencia de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en España de 10,2%, aumentando ésta con la edad, el consumo de tabaco y siendo mayor en los pacientes con menor nivel educativo. La EPOC destaca por su elevada morbilidad, así como por un elevado coste sanitario, un incremento en el porcentaje de absentismo laboral, y una disminución de la calidad de vida de estos pacientes. Se ha constatado que la rehabilitación pulmonar (RP) tiene efectos beneficiosos en pacientes con EPOC, a la vez que aumenta su capacidad funcional y su calidad de vida, disminuye sus exacerbaciones, las visitas a los servicios de urgencias y los ingresos hospitalarios. Lo mismo pasa con la vacuna de la gripe, ésta disminuye

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0165

1. TÍTULO

INTERVENCION EDUCATIVA A PACIENTES CON EPOC Y SUS CUIDADORES

las exacerbaciones; En cambio, no podemos decir lo mismo de la vacuna neumocócica 23 valente, por no tener suficiente evidencia, aunque se recomienda su administración y continuar con su investigación. Los programas de RP se centran en la actividad física e incluyen educación a pacientes en autocontrol y cambios de estilos de vida, siendo el más importante el abandono del hábito tabáquico, ya que esta medida se ha demostrado eficaz y la principal para evitar el desarrollo y progresión de la EPOC.

Los cuidadores, especialmente si son familia, juegan un papel importante en la promoción de la salud de los pacientes. El hecho de cuidar pacientes con enfermedades crónicas, a menudo, tiene un impacto psicológico negativo. Aumentando sus conocimientos se puede reducir este impacto negativo, tanto en los pacientes como a en sus cuidadores.

Debido a todo lo anterior descrito, decidimos poner en marcha, en mayo de 2014, un programa de intervención educativa a pacientes con EPOC y sus cuidadores.

Para ello, se contemplan los siguientes objetivos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Aumentar el nivel de autocuidado en los pacientes diagnosticados de EPOC mediante una intervención educativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar la administración de los inhaladores en estos pacientes, en un 10%.
2. Autoevaluar los signos y síntomas de las exacerbaciones.
3. Realizar correctamente los ejercicios respiratorios.
4. Conseguir el abandono del hábito tabáquico del 100% de los pacientes con EPOC.
5. Disminuir el número de visitas a urgencias en un 10%
6. Aumentar el número de pacientes con EPOC vacunados de la gripe y del neumococo, en un 10%.

MÉTODO

- Intervención educativa que consta de 4 sesiones (cada una de 1 hora 30 minutos, una vez por semana). Dicha intervención se realiza dos veces al año.
- Grupos de 10-12 personas, entre pacientes y cuidadores.
- Test de conocimientos previo intervención y tras la intervención (a los 0, 3 y 6 meses).
- Test de manejo de inhaladores previo intervención y tras ella.
- Revisión del objetivo del abandono del hábito tabáquico, ya que igual es una utopía.
- Registro de las sesiones en la historia clínica de cada paciente.
- Registro de los resultados de los test en la historia clínica de cada paciente.

INDICADORES

Test de conocimientos post intervención 0 m - test pre intervención

- Test de conocimientos post intervención 3 m - test pre intervención
- Test de conocimientos post intervención 6 m - test pre intervención
- Test manejo de inhaladores post intervención - test pre intervención
- Visitas urgencias post intervención a los 6 meses- visitas urgencias 6 meses anteriores a la intervención
- Número de pacientes vacunados de la gripe post intervención - Número de pacientes vacunados de la gripe pre intervención

- Número de pacientes vacunados del pneumococo post intervención - número de pacientes vacunados del pneumococo pre intervención

Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado de estos indicadores es el marcado por los objetivos específicos.

DURACIÓN

1er y 3er trimestre del año selección de los participantes.

2º y 4º trimestre realización de la intervención.

1 vez/año taller de inhaladores con los profesionales del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARESTE ALBA NURIA
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
SISCART TRESANCHEZ DOLORS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- revisión diaria: de la bala de oxígeno de urgencias y firmar registro, y de la temperatura de la nevera de urgencias y firmar registro.
- revisión mensual: comprobar material y caducidades el día uno de cada mes. Firmar registro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
100% de los registros realizados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Al estar protocolizado, se han realizado las actividades y se ha conseguido el objetivo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/637 ===== ***

Nº de registro: 0637

Título
PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, ARESTE ALBA NURIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CALDERO SANTIAGO LIDIA, CASAS SORO SILVIA, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

RESULTADOS ESPERADOS
6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

(electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

MÉTODO

Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

INDICADORES

Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

DURACIÓN

Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasado.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

Fecha de entrada: 22/01/2018

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARESTE ALBA NURIA
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
SISCART TRESANCHEZ DOLORS
CALDERO SANTIAGO LIDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
· Revisión diaria: De 15 a 22 horas la enfermera de guardia. A las 8 de la mañana la enfermera de pediatría.
- Comprobar la presencia y funcionamiento de la bala de oxígeno
- Firmar la hoja de registro, presente en el carro en soporte papel, identificándose con su nombre
- Si algo de los dos primeros puntos no está correcto, solventarlo en el acto o dar parte de incidencias
- Comprobar la temperatura de la nevera de urgencias y registrarla

2. Revisión mensual: día 1 de cada mes de 15 a 17 horas. Primer fin de semana de cada mes
- Comprobar material y caducidades
- Firmar la hoja presente en el carro soporte papel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Indicador: (Registros realizados/ total registros a realizar) x 100
Resultado 94% (siendo el objetivo haber conseguido > 80%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha conseguido el objetivo establecido.
Nos hemos dado cuenta que al estar protocolizadas las actividades, éstas se llevan a cabo. Y al mismo tiempo, detectamos problemas e intentamos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/637 ===== ***

Nº de registro: 0637

Título
PROTOCOLO DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCION CONTINUADA (AC)

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, ARESTE ALBA NURIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CALDERO SANTIAGO LIDIA, CASAS SORO SILVIA, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Acreditación ISO 15189 ó Certificación ISO 9001
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
- Continuar con las mejoras del protocolo del año pasado - Control de las existencias en el almacén - Actividades de mantenimiento preventivo del aparataje de atención continuada - Control de caducidades. Con vistas a lograr la excelencia en Atención Primaria, el Centro de Salud debe contar con un área de atención continuada diseñada orgánica y funcionalmente para atender al paciente, con una garantía asistencial que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0637

1. TÍTULO

CONTROL Y GESTION DE LA ZONA DE ATENCION CONTINUADA

permita al equipo la toma de decisiones oportunas y que además garantice la distribución y el flujo adecuado de la urgencia y la emergencia. El presente proyecto trata de continuar con la sistemática que recoge el proceso de manejo, revisión y mantenimiento de la zona de atención continuada. El mantenimiento de una zona de atención continuada con todos los materiales y fármacos necesarios, y el aparataje en correcto funcionamiento, que con los resultados de este año vemos que nos ayuda a poder asistir a la urgencia/emergencia de manera más eficiente y rápida.

RESULTADOS ESPERADOS

6. RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR. • Registro de firmas del mantenimiento adecuado del material en la zona de AC, con una periodicidad mensual • Registro del informe de verificación de los aparatos (electrocardiógrafo, desfibrilador y otros), conforme a las normas ISO • Registro y control puntual (el 1er fin de semana de cada mes) y exhaustivo de las caducidades de los fármacos, según norma ISO. • Continuar con la participación activa de todos los profesionales del CS que ejercen parte de su actividad en la zona de AC. • Desarrollar el protocolo establecido de consenso y garantizar su cumplimiento. • Editar el protocolo para su difusión en el ámbito de la Atención Primaria. • Cumplimiento adecuado de las tareas previstas.

MÉTODO

Designación de un profesional responsable de verificar calidad y el cumplimiento del proyecto. • Evaluación constante de los principales indicadores de calidad, que ha de garantizar un correcto funcionamiento de este servicio. • Reposición del material del servicio de AC cada viernes por las enfermeras que estén de guardia. • Control y registro de las caducidades de las consultas, los boxes y los maletines de AC el 1er fin de semana de cada mes por la mitad del equipo de guardia. • Control y registro del mantenimiento preventivo de los aparatajes de la zona de AC el 1er fin de semana de cada mes por las enfermeras de guardia. • Realización del pedido de farmacia y material fungible cada 15 días (los viernes) por las enfermeras de guardia. • Control y registro de las caducidades del almacén del servicio de AC una vez/mes (coincidiendo con el 1er pedido de almacén del mes) por las enfermeras de guardia. • Comprobar y registrar diariamente la existencia, de al menos el 25%, de oxígeno de la bombona portátil por las enfermeras que estén de 3 a 5, en caso de existir menos cambiar la bombona. • Comprobar y registrar temperatura de la nevera de las vacunas diariamente por la enfermera que entre de guardia. • Control y registro de la esterilización una vez por semana por las enfermeras de guardia. • Limpieza y mantenimiento del vehículo de urgencias según protocolo. • Los maletines de urgencias, el DESA, el ECG portátil y la bombona de oxígeno portátil están ubicadas en el pasillo de la sala de estar de la zona de AC. • Presentar los resultados en forma de estimaciones de cumplimiento de cada uno de los criterios, con un intervalo de confianza del 95%. Representación gráfica. • Análisis de hipotéticas causas de calidad deficiente o inadecuado cumplimiento. • Reuniones del equipo, con registro en ISO. •

• Continuar con el sistema de registro elaborado el año pasado de caducidades informatizado que permita actualización rápida y sencilla. Se guardará copia de seguridad cada vez que se proceda a su actualización. Adaptándose a la sistemática actual a los formatos incluidos en el sistema de calidad ISO 9001

INDICADORES

Indicadores operativos: grado de cumplimentación de cada uno de los registros de caducidades, esterilización, funcionamiento y estado de la nevera, oxígeno, electrocardiógrafo y desfibrilador. Se considerará que se han conseguido los objetivos si el resultado para cada uno de los indicadores es >80%.

DURACIÓN

Programa iniciado el año pasado.
Continuidad del protocolo elaborado el año pasao.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTIN ARANDA MANUEL
ALBAS MARTINEZ PILAR
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ROYES SATORRES ALICIA
CALDERO SANTIAGO LIDIA
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizan 3 intervenciones:

- Formación dirigida a población infantil en "Hábitos de higiene". A cargo de Alicia Royes, para aproximadamente 200 personas entre niños y adultos.

- Formación en Cribado de Cáncer de Cuello de Útero con "auto-toma" en colaboración con AECC y Asociaciones de Amas de Casa locales, realizada a cargo de las Matronas del C.S Fraga (Patricia Millanes) en conjunto con el Servicio de Ginecología de Barbastro (M^a Ángeles Aragón); y en el marco de un proyecto de calidad que se desarrolla desde 2005. Se realiza esta intervención con la comunidad en Zaidin (70 asistentes), Torrente de Cinca (40 asistentes), Mequinenza (50 asistentes) y Fraga (100 asistentes).

- Participación de 2 profesionales de C.S Fraga (Adoración Noguero, M^a Pilar Albás) en el curso de deshabituación tabáquica organizado por AECC de Bajo Cinca

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador: 2-3 Intervenciones en comunidad en diferentes activos

Resultado Se realizan 3 intervenciones en diferentes ámbitos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con el objeto de mejorar la programación de las Actividades de Intervención Comunitaria, orientada a las necesidades de la Zona Básica de Salud se presenta el Proyecto de Calidad: PROTOCOLO PARA EL DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BÁSICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN COMUNITARIA.

7. OBSERVACIONES.

Actualmente en fase de diseño y recogida de datos demográficos y sanitarios de la Zona Básica de Salud.

Encuesta e indicadores de Salud creados.

Resultados y análisis cartográfico Julio.

Priorización Septiembre-Octubre.

Puesta en marcha Acción Comunitaria.

Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación.

Durante 1er trimestre del 2018 recomposición del grupo por cambios del personal del CS debido a los traslados, lo que implica modificación del cronograma con retrasos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/758 ===== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Autores:
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ALBAS MARTINEZ PILAR, ELIAS VILLANUEVA ESTHER, MILLANES GALLINAT PATRICIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

INTERVENCION EN LA COMUNIDAD

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.
Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales.
Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial.
Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

MÉTODO

- Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente
- Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios
- Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)
- Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto
- Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

INDICADORES

- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

DURACIÓN

Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE MARIA LLORENTE GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MILLANES GALLINAT PATRICIA
CALDERO SANTIAGO LIDIA
ALBAS MARTINEZ PILAR
SISCART TRESANCHEZ DOLORS
VELASCO MANRIQUE MARTA
NAVASA DE SUS INES
MORERA SERRA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha realizado la Encuesta de Salud, en sus fases de desarrollo y acotado de preguntas a realizar a la población. Encontrándonos en este momento en fase de contactar con organizaciones, asociaciones y diversas administraciones locales tras la cual se pondrá fecha para extenderla a la población.
Por otro lado se han seleccionado indicadores de salud y sociodemográficos para complementar los resultados de la encuesta.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Pendiente de resultados de la encuesta

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Durante la realización del proyecto en C.S. Fraga, hemos visto que un proyecto grande es complicado cuando se tienen varios cambios de plantilla, teniendo que ajustar el proyecto a los cambios y teniendo que reiniciar partes del mismo. No obstante con buena aceptación de los nuevos miembros del equipo, por lo que se tiene interés en seguir adelante con el mismo, ya que puede ser bueno para la población y la Zona Básica de Salud en la orientación de nuestra actividad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/758 ===== ***

Nº de registro: 0758

Título
PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Autores:
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, ALBAS MARTINEZ PILAR, ELIAS VILLANUEVA ESTHER, MILLANES GALLINAT PATRICIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología general
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Participación comunitaria
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante el aumento de demanda de servicios sanitarios causados por el envejecimiento de la población, el aumento de problemática social y la población flotante (temporeros); se plantea un estudio para orientar el trabajo del Equipo de Atención Primaria (EAP), no sólo basado en la demanda de atención sanitaria, sino ofreciendo actividades centradas en la Comunidad, con el objetivo de la Salutogénesis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0758

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO DE SALUD DE LA ZONA BASICA DE SALUD DE FRAGA Y POSTERIOR PRIORIZACION DE LA ATENCION COMUNITARIA

Se propone una revisión del Diagnóstico de Salud Comunitaria (DSC) de la Zona Básica de Salud (ZBS), partiendo del DSC realizado en Fraga en Mayo de 2000, desde la recogida y análisis de datos: sanitarios, sociales, demográficos y cualitativos de percepción de salud tanto por parte de la población como de agentes sociales. Se pondrá especial interés en los determinantes de salud, con la intención de orientar futuras acciones dentro de la Atención Comunitaria, con intervención multisectorial. Tras una adecuada priorización de los problemas de salud, será fundamental la participación activa del Consejo de Salud para iniciar la Atención Comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mapa de la ZBS y Activos en Salud
- Identificación de problemas de Salud de la Comunidad
- Priorización de los problemas de Salud detectados y actuación sobre los mismos
- Mejoría de los determinantes de salud sobre los que se actúa

MÉTODO

- Propuesta de indicadores socio-sanitarios y demográficos que se recogerán bianualmente
- Diseño de Encuesta de Salud en dos niveles: población general y agentes sociales /profesionales sanitarios
- Realización de estadística (SPSS y Epidat) y cartografía sanitaria (ArcGis)
- Priorización de la orientación de la actividad de Atención Comunitaria a través de método Hanlon y criterio experto
- Desarrollo de la Actividad Comunitaria para los próximos 2 años

INDICADORES

- Diagnóstico de estado de Salud de la ZBS.
- Alcanzar en encuesta de Salud un número representativo de encuestas según la población en censo de la ZBS que incluya al menos 2 zonas rurales.
- Se obtendrán al menos 3 líneas de actuación para orientar la Atención Comunitaria, tras técnicas de priorización.
- Valorar mejora de índices de determinantes de Salud en un 5%.

DURACIÓN

Diseño del estudio de recogida de datos. Fecha límite 15 de Diciembre 2016
Contacto con diferentes agentes sociales y administraciones locales para desarrollo común de proyecto. Fecha límite 15 de Febrero 2017
Primeros resultados indicadores socio-sanitarios y demográficos 15 marzo de 2017
Encuesta de Salud durante mes de mayo-junio 2017
Resultados y análisis cartográfico 15 julio 2017
Priorización 15 septiembre 2017
Puesta en marcha Acción Comunitaria 15 octubre 2017
Recogida de resultados de determinantes de Salud tras un año de actuación: 15 octubre 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0770

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA CLEMENTE JIMENEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ PEÑA CORALIA
CASAUS CALAVIA VIRGINIA
PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES
GARCIA SANCHEZ SILVIA
PORTOLES CAMBREDO MARGARITA
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión de equipo.
Recogida de interconsulta en consulta de ginecología por motivo de metrorragia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Inicio de recogida de datos en consulta de ginecología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Ante los cambios acontecidos debido a los traslados y oposiciones en el CS de Fraga, centro de especialidades y servicio de ginecología del Hospital de Barbastro, el equipo de trabajo a quedado desmembrado. Por todo ello, posponemos y queda suspedido, de momento, el proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/770 ===== ***

Nº de registro: 0770

Título
PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CENTRO DE SALUD FRAGA. COORDINACION ENTRE ATENCION PRIMARIA-ESPECIALIZADA

Autores:
CLEMENTE JIMENEZ SILVIA, GONZALEZ PEÑA CORALIA, MILLANES GALLINAT PATRICIA, CASAUS CALAVIA VIRGINIA, PEDROSO CARRASQUER MARIA ANGELES, GARCIA SANCHEZ SILVIA, PORTOLES CAMBREDO MARGARITA, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las metrorragias son el motivo de la mayoría de interconsultas realizadas desde Atención Primaria a Ginecología, suponiendo en el mes de septiembre el 47% de los motivos de derivación en el C.S. Bajo Cinca. La metrorragia se define como sangrado procedente de la cavidad uterina, entre periodos menstruales, en cantidad y duración variables y sin relación con el ciclo menstrual (Muxi C, 2009; Fraser IS, 2011). Se realiza búsqueda de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Uterine Hemorrhage, Metrorrhagia y Primary Health Care (28/9/16), para posterior lanzamiento de búsquedas bibliográfica encontrando en la actualidad escasos datos relativos a la frecuencia de consulta en Atención Primaria. En 57 artículos extraídos, sólo M. Shapley y colaboradores 2004, estudian la presencia de estos síntomas en mujeres de 18 a 54 años: menorragia 25% (IC: 22-29); cambios en patrón del ciclo 29% (IC: 26-32); ciclos más cortos 21% (IC: 19-24); ciclos más largos 15%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0770

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE MANEJO DE LA PACIENTE CON METRORRAGIA EN EL CS DE FRAGA. COORDINACION ENTRE AP Y AE

(IC: 13-18); sangrado intermenstrual 17% (IC: 14-19); sangrado postcoital 6% (IC: 5-8); periodo prolongado 9% (IC: 7-11). Por otro lado, en nuestro quehacer diario suponen una de las causas más habituales de derivación a las consultas de ginecología. Se estima una incidencia de sangrado uterino anormal entre 11-13% y va aumentando con la edad hasta el 24% entre 36-40 años (Marret H 2010).

Entre las causas que explican la etiología de las metrorragias están las orgánicas (miomas, hiperplasia endometrial, pólipos endometriales); las iatrogénicas (spotting por anticoncepción hormonal); las disfuncionales, ya sean con ovulación o con anovulación, siendo éstas últimas las más frecuentes en la perimenopausia y pubertad; y las metrorragias postmenopáusicas.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto trata de establecer unas pautas de diagnóstico y actuación ante la mujer que acude a la consulta de atención primaria por metrorragia, estableciendo unos criterios claros de coordinación y derivación a Atención Especializada, si precisa. Para ello, se contemplan los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

- Mejorar la atención a las pacientes que presenten esta patología

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer la incidencia de metrorragias en Atención Primaria.
- Elaborar una guía práctica sobre manejo de metrorragias en Atención Primaria coordinada y consensuada con Atención Especializada.
- Mejorar la calidad de vida de las pacientes afectas.
- Disminuir la lista de espera.
- Facilitar la coordinación entre niveles asistenciales.
- Mejorar la eficiencia en la atención a metrorragias.
- Adecuación de la derivación de Atención Primaria a Especializada en metrorragias.
- Disminuir los tiempos de espera para mujeres que realmente necesiten Atención Especializada prioritaria.
- Disminuir la derivación a servicios de urgencias de mujeres con metrorragias susceptibles de ser tratadas en consultas.

MÉTODO

- Crear un equipo de trabajo
- Fomentar la formación de los médicos de atención primaria
- Revisar protocolos sobre metrorragias y elaborar uno adecuado y adaptado a nuestro centro
- Establecer circuito asistencial
- Elaborar un sistema de registro de datos referentes a metrorragias para evaluación del proyecto
- Monitorizar el número de derivaciones por esta patología a Atención Especializada y servicios de urgencias

INDICADORES

- Nº de mujeres que consultan en Atención Primaria por metrorragia
- Disminución del porcentaje en % de éstas que son derivadas a Atención Especializada
- Mejoría de la adecuación de la derivación a consulta de Atención Especializada de acuerdo a la prioridad (normal o preferente) en %
- Porcentaje de mujeres que llegan a Ginecología con hemograma realizado.

DURACIÓN

Recogida de datos de incidencia de metrorragias en Atención Primaria: Octubre 2016.

Recogida de datos de derivaciones realizadas a Atención Especializada: Septiembre-Octubre 2016.

Reunión del equipo, organización y reparto de tareas: Noviembre 2016

Elaboración de la guía y establecimiento de circuitos de derivación: Noviembre-Diciembre 2016

Presentación al resto del equipo de Atención Primaria en Diciembre 2017

Evaluación en Diciembre de 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 2 Poco
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Repostaje del vehículo.
2. Mantenimiento del vehículo: en el taller de referencia (RODI) anualmente. ITV cuando corresponda.
3. Limpieza del vehículo por dentro y por fuera cada 6 meses. El primer día laborable del mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

100%. Se realizó el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Es más seguro y cómodo para los profesionales mantener el coche en buenas condiciones debido al gran número de salidas que se realizan.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehículo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
1. Repostaje del vehículo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga). Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.
ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. Limpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

INDICADORES

- El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
- Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

DURACIÓN

- Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
- Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
- Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
- Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
- Calendarios (Anexo 1 y anexo 2)
- Responsables de implantación: El equipo responsable de atención continuada de Calidad.
- Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

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 - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE ADORACION NOGUERO CARRERA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERO SANTIAGO LIDIA
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES
AYUDAN PEIRON BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Repostaje correcto del coche por todos los usuarios.
- Mantenimiento del vehículo: se realiza anualmente, se deja anotado y se continuará haciendo.
- ITV: realizada correctamente y queda registrada para la siguiente.
- Limpieza de vehículo: se ha realizado cada 6 meses, dejando un registro de ello. Y se continuará haciendo así.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados alcanzados han sido de un 100% de los cuatro puntos a seguir. Se ha conseguido una rutina y se continuará realizando en el centro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es muy importante el buen uso y mantenimiento de las cosas para cuando se empleen todo funcione correctamente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/127 ===== ***

Nº de registro: 0127

Título
INSTRUCCION DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCIAS EN EL EAP DE FRAGA

Autores:
NOGUERO CARRERA ADORACION, LIDIA CALDERO SANTIAGO, SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patología
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Mantenimiento del vehículo del centro necesario para la atención urgente del paciente fuera del Centro de Salud.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehiculo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
1. Repostaje del vehiculo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito; en la gasolinera situada en la Avda. Aragón (Fraga).
Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para hacer el albarán, el cual, se depositará en la valija de urgencias para admision.
2. Mantenimiento: se realizará en el taller de referencia (RODI), en el momento que corresponda la revisión de forma ANUAL.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0127

1. TÍTULO

INSTRUCCIÓN DE TRABAJO DE MANTENIMIENTO DEL COCHE DE URGENCAIS EN EL EAP DE FRAGA

ITV cuando corresponda y posibles reparaciones se realizarán de forma consensuada con el coordinador.
3. Limpieza: por dentro y por fuera del vehículo cada 6 meses, el primer día laborable del mes.

INDICADORES

-El mantenimiento del coche se realizará como mínimo cada 12 meses y como máximo cada dos años.
-Limpieza del coche se realizará como mínimo cada 6 meses y como máximo cada año.

DURACIÓN

-Mantenimiento: revisión anual y duración indefinida.
-Limpieza: revisión anual y duración indefinida.
-Plan de comunicación: reunión en el Centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
-Fecha prevista de iniciación, marzo 2018.
-Calendarios (Anexo 1 y anexo 2)
-Responsables de implantación: El equipo responsable de atención continuada de Calidad.
-Plan: El equipo responsable se encargará de avisar al Coordinador cuando toque revisión de mantenimiento o limpieza para que éste de la orden.

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 - 2018/0191

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR BITRIAN AISA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA
DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA
ARESTE ALBA NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la intervención al grupo intervención y se les ha pasado la encuesta a los 6 meses.
Se les ha pasado la primera encuesta y se ha repetido a los 6 meses.
Debido a la falta de personal no se ha podido completar la comparación de los grupos con el programa EPICAT.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el grupo intervención ha habido un aumento de media de un 12.22%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con la intervención se ha percido un cambio de hábitos, aunque repasando las encuestas vemos que hay algun caso en el que no ha habido ningún cambio. Esto podría deberse a que son costumbre muy arraigadas y posiblemente 1 sesión no sea suficiente para conseguir el cambio.
La recomendación sería terminar el estudio para poder hacer la comparativa de los grupos y comprobar la efectividad de la intervención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/191 ===== ***

Nº de registro: 0191

Título
USA LOS PIES CON CABEZA

Autores:
BITRIAN AISA PILAR, LLORENTE GONZALEZ JOSE MARIA, DE LOS SANTOS MARTINEZ GERDICA, ARESTE ALBA NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La diabetes mellitus es una enfermedad muy frecuente. La prevalencia en nuestro país oscila entre un 4% y un 6%. Un 15% de éstos desarrollará a lo largo de su vida problemas en sus pies. El pie diabético afectará a la actividad social, laboral y familiar del paciente y supone un coste elevado. Hasta un 10% de los casos que presentan problemas en los pies requieren ingresos hospitalarios o la amputación de la extremidad afectada.
Para lograr que los pacientes hagan prevención, es necesario que tengan conocimientos suficientes que les ayuden a integrar las acciones preventivas en su día a día, diversos estudios concluyen que es indispensable el empleo de la educación para la salud, con la finalidad de fortalecer la prevención y el control de los factores de riesgo, la identificación del pie de alto riesgo y la educación diabetológica dirigida a que las personas adopten de forma habitual y sistemática las normas elementales para el cuidado de sus pies y para el control. Por otro lado, existen diferentes estudios donde se concluye que la intervención educativa modifica favorablemente los hábitos de estos pacientes.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0191

1. TÍTULO

USA LOS PIES CON CABEZA

RESULTADOS ESPERADOS

Determinar el cambio de hábitos en el cuidado de los pies en agricultores diabéticos tipo 2, según si han recibido o no educación sanitaria, a los 6 meses de la intervención.

MÉTODO

- Cuestionario antes de la intervención y después de esta al grupo intervención.
- Intervención educativa de 1 sesión con una duración de 1 h y 30 minutos.
- Cuestionario antes del verano y después de este en el grupo control.

INDICADORES

- Resultados 2º cuestionario- resultados 1er cuestionario % mayor al 10%.
- Mediante el programa Epicat comprobaremos si la intervención es más efectiva en los pacientes para producir cambios que las medidas habituales

DURACIÓN

- Enero-Febrero 2018 creación de los grupos.
- Marzo- Abril intervenciones.
- Antes del verano y después de este cuestionario en grupo control.
- A los 6 meses de la intervención cuestionario grupo intervención.

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 - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Fecha de entrada: 19/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-"Prevención del Cancer de Cuello Uterino" Patricia Millánes,Matrona.
2-" Dislipemia" Isabel Domingo, MAP.
3- "Hipertensión arterial" Isabel Domingo,MAP.
4-"Diabetes" Isabel Domingo, MAP
5-"Salud mental" Paloma del Pino,Trabajadora Social.
6-"Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté,EAP.
7-" Encuesta a paciente EPOC" Pilar Bitrian, EAP
8-" Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortit, MAP, Coordinador de C.S.Fraga.
9-"Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA. Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro, MAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como fortalezas adquiridas:

-sinergias con otros actores de la población a la que atendemos, en concreto con un medio de comunicación de prestigio local,que puedan permitir en un futuro un canal de información veraz con la población.
-descubrimiento de " talentos" de compañeras como comunicadoras en materia de salud

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Proyecto todavía en curso. En un primer momento se proyecto para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año. Se comentó con la responsable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019.

7. OBSERVACIONES.

Como dificultades:

-se precisa un acuerdo de equipo en el Centro de Salud para cubrirnos entre nosotras durante la grabación de los episodios. Para evitar que haya menoscabo en la tarea asistencial en un contexto de una población grande que demanda atención y escasos recursos humanos, los cuales llevan a que estas actividades se releguen al voluntarismo de las profesionales (en algunos casos fuera de su jornada laboral con el desgaste personal que esto supone). En última instancia se precisa un apoyo efectivo en materia de recursos humanos por parte de la gerencia del Sector.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

Título
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUTOGENESIS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

RESULTADOS ESPERADOS

Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO

Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud

Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES

Registro de las actividades realizadas

Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN

Intervenciones de 5'-10'

Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización

Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento de la actividad realizada

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 - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PAZ NAVARRO TAUSIET
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
SENAR TENA MARIA ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En un primer momento se proyectó para hacerse 12 emisiones en un arco temporal de un año. Se comentó con la responsable en Radio Fraga pero sólo tenía cabida de Enero a Junio 2019, en espacios de 5 a 10 minutos. Se han realizado 19 microespacios en Radio Fraga (frecuencia 107.7 FM) en 2019. Se puede acceder a través de la página de facebook de Radio Fraga a la descarga gratuita de los microespacios grabados con la aplicación IVOOX

<https://is.gd/Jn8uiw>

El contenido de los 19 microespacios :

- 1."Prevención del Cáncer de cuello Uterino" Patricia Millanes, Matrona
- 2."Dislipemia" Isabel Domingo, MAP
- 3." Hipertensión arterial" Isabel Domingo, MAP
- 4."Diabetes" Isabel Domingo, MAP
- 5."Salud Mental" Paloma del Pino, Trabajadora social
- 6."Cuidado del pie diabético" Nuria Aresté, EAP
- 7."Encuesta al paciente EPOC" Pilar Bitrián, EAP
- 8."Atención al paciente Adolescente" Jonatan Fortil, MAP, Coordinador de Medicina. C.S. Fraga
- 9."Cuando esta indicado hacer una Analítica de Sangre con PSA. Cambios ante aumento de falsos positivos" Paz Navarro, MAP
- 10."La alimentación en el diabético y el método plato" Inés Navasa, EAP
- 11."Factores de Riesgo Cardiovascular" Jose M^a Llorente, EAP
- 12."Tabaquismo" Sofía Barco, EAP
- 13."Documento de Voluntades Anticipadas" Dolors Siscart, EAC
- 14."Insomnio" Begoña Gregori, MAP
- 15."Código Europeo contra el cancer" Carlos Boned
- 16."Lactancia" Alicia Royes, EAP, con colaboración de una miembro del grupo de lactancia de Fraga.
- 17."Signos y síntomas" Paz Rubio, MAP
18. "Protección frente al sol" Paz Rubio, MAP
- 19." Calendario Vacunal" Pilar Albás, EAP. Coordinadora de Enfermería. C.S.Fraga

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han superado número de intervenciones propuestas. Se ha realizado una encuesta entre las personas que han participado en las grabaciones preguntando motivación para participar en el proyecto, mejoras a realizar, valoración de la información para acceder al lugar, etc. Valoración positiva de la experiencia pero ha sido complicado a nivel de organización interna porque se trata de un centro con mucha presión asistencial. No se ha realizado encuesta telefónica posterior a los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Para una mejor sostenibilidad del proyecto a largo plazo se ha planteado este año hacer un número inferior de microespacios, seis al año. Como punto a mejorar conseguir un método de evaluación de los microespacios por parte de la ciudadanía y de interacción con la misma.

No se ha realizado encuesta telefónica posterior a los pacientes. Cuando se redactó el proyecto se desconocía la situación de precariedad por falta de personal por la que pasaríamos meses después. Solicitamos que se tenga en cuenta y a partir de ahora se valore este proyecto en función de la adecuación en el número de emisiones en radio a las planificadas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/316 ===== ***

Nº de registro: 0316

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0316

1. TÍTULO

PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD RADIOFÓNICA

Título
PROYECTO DE EDUCACION PARA LA SALUD RADIOFONICA

Autores:
NAVARRO TAUSIET MARIA PAZ, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SENAR TENA MARIA ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: SALUTOGENESIS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Inexistencia de un medio de comunicación entre comunidad y equipo de atención primaria
Utilizar la radio local como medio de difusión de programas y noticias puntuales de salud

RESULTADOS ESPERADOS
Llegar a la comunidad de una manera dinámica con mensajes para la prevención de enfermedades y promoción de la salud

MÉTODO
Intervenciones en directo en la radio sobre temas de salud de corta duración por diferentes profesionales del centro de salud
Mediante spots informativos de las diferentes campañas (sol sano dieta equilibrada gripe CCR citologías)

INDICADORES
Registro de las actividades realizadas
Objetivo de 12 intervenciones al año

DURACIÓN
Intervenciones de 5'-10'
Inicio para Septiembre 2018 sin fecha límite de finalización
Evaluación semestral mediante encuesta telefónica sobre el conocimiento 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 - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SASO BOSQUE CRISTINA
GARCIA SANCHEZ SILVIA
MARIN FLORIA ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha solicitado los papeles para realizar la acreditación de la formación, en proceso de tramitación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a los cambios de personal y a la falta de este no se ha podido terminar el proceso.
A pesar de ello, en el 1er trimestre del 2019 se está trabajando en ello, para poder tener la acreditación para el segundo semestre.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
La docencia no se ha dejado de hacer, pero no ha podido ser con acreditación. La recomendación es continuar trabajando en ello para conseguirla.

7. OBSERVACIONES.
Debido al cambio de personal, ha habido un cambio en la persona responsable del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/644 ===== ***

Nº de registro: 0644

Título
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DEDOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN ELMARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DELEAP DEL CS FRAGA

-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

MÉTODO

Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

INDICADORES

-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.
-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad.
Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

DURACIÓN

Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.
Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

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 - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA PAZ RUBIO MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BONED IBOR CARLOS BLAS
MARIN FLORIA ANA BELEN
DOMINGO ARANDA MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realiza acreditación en docencia, no llegando a cumplir el calendario por la alta carga asistencial, cambios en la plantilla y falta de personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha llevado a cabo la acreditación en el 2º semestre según objetivos, siguiendo los indicadores.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la actividad asistencial de los profesionales gracias a la implementación de sesiones acreditadas y unificación de criterios clínicos dentro de los profesionales sanitarios del centro.

7. OBSERVACIONES.
Seguimos trabajando día a día por la mejora del equipo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/644 ===== ***

Nº de registro: 0644

Título
ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

Autores:
GARCIA SANCHEZ SILVIA, RUBIO MARTINEZ MARIA PAZ, MARIN FLORIA ANA BELEN, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, SASO BOSQUE CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología prevalente en la atención diaria
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Fraga en el ámbito de Calidad de la Docencia según la norma ISO en Atención Primaria.
-Unificación de criterios de protocolización de actuación en la actividad diaria para profesionales provenientes de diversos ámbitos (primaria, hospitalaria y otras CCAA) que forman el equipo de atención primaria del C.S. Fraga
-Necesidad del registro de la actividad docente y de la acreditación docente del C.S. Fraga

RESULTADOS ESPERADOS
Mejora de la formación del profesional del C.S. Fraga en aras a una mejor atención del paciente en la atención primaria.
-Control de factores de riesgo cardio-vasculares de los pacientes
-Mejora de la atención comunitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0644

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS DE NORMA ISO DE LA CALIDAD DE DOCENCIA PARA MEJORA DE LA IMPLEMENTACION DE LA MISMA EN EL MARCO DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL DIARIA DE LOS PROFESIONALES DEL EAP DEL CS FRAGA

MÉTODO

Sesiones formativas de actualización de los profesionales del C.S. Fraga sobre patologías prevalentes y de prevención en nuestro medio.

-Charlas de difusión en radio y medios de telecomunicación

INDICADORES

-Encuestas previas y posteriores a las sesiones de formación para evaluar el grado de mejora de los conocimientos de los asistentes. Objetivo a alcanzar: mejora superior al 70%.

-Resultados de mejora de la atención comunitaria tras la impartición de un taller de atención a la comunidad. Indicador: encuestas previas y posteriores de los pacientes asistentes a los talleres.

DURACIÓN

Se realizarán 16 y 20 sesiones anuales de una hora de duración a realizar por los integrantes del equipo de atención primaria.

Se realizarán, así mismo, talleres comunitarios de apoyo, mínimo 1 al trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Fecha de entrada: 12/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES SISCART TRESANCHEZ
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro CS FRAGA
• Localidad FRAGA
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AYUDAN PEIRON BELEN
CASAS SORO SILVIA
PEREZ BENAC LUIS
PUYUELO GIMENEZ GABRIEL
SANZ SASOT CRISTINA
VIDALLET RIOS SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han utilizado pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés, otros servicios de salud estatales, etc.

Se ha utilizado como medio "la comunicación escrita" mediante carteles tamaño póster.

Los carteles:

- Son claros y expresan muy bien la idea que pretendemos.
- La imagen es lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Se han colocado en la salita de urgencias, se han colgado 5, de los cuales son temporales de la estación de otoño como gastroenteritis en niños, vacunación, lavado nasal, medidas físicas para el control de la temperatura, "Mi niño tiene mocos, necesita antibiótico" y 3 de permanentes: lavado de manos, Voluntades anticipadas, y recogida de muestras de orina, este último lo hemos colocado en la zona de los aseos, en la consulta de medicina se han colgado 2 (lavado nasal y medidas físicas para el control de la temperatura) y en la zona de admisión de urgencias la Gestión de tiempos.

Cumplimiento del calendario:

El proyecto tiene una duración de 12 meses, por motivos técnicos después de entregar el proyecto en junio de 2019, se pudieron conseguir los posters en tamaño Dina 3 en noviembre 2019 dado que en ese momento no era viable conseguirlos en tamaño poster, por tanto el proyecto quedaría finalizado al año, coincidiendo con inicio de otoño tal y como lo hemos iniciado.

Durante el mes de marzo se realizó la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.

Se inicia la colocación de los carteles en noviembre de 2019 y cada cartel se mantendrá durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación.

El grupo de trabajo se reunirá cada quince días antes del comienzo de cada estación para la selección de los carteles de cada estación.

Durante el mes de diciembre se procederá a la recogida de 100 encuestas para evaluar el impacto del proyecto.

Se evalúa de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de todos/as los usuarios que acuden al servicio.

Se realizan carteles de carácter temporal y otros permanentes. Los temporales varían según la estación del año. A continuación se detallan los carteles ya presentados:

TEMPORALES

Primavera:

- Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona.

Verano:

- Medidas de protección frente al sol y al calor.

Otoño:

- Tratamiento de la gastroenteritis aguda
- Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.

Invierno:

- Lavado nasal pediátrico.
- Medias físicas antitérmicas en adultos.

PERMANENTES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

- Higiene de manos.
- Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.
- Voluntades Anticipadas.
- Protocolo de extracción de muestra de orina.

Indicadores y evaluación:

- Se pasará una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acuden al servicio de urgencias. En total serán unas 400 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales.
- El día 4 de diciembre se realizó una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se lleva cabo en atención continuada. Hubo muy buena acogida por parte de todos los profesionales del centro de salud de Fraga
- Se emitirá una sesión radiofónica el día 13/01/2020 sobre el proyecto y los pictogramas expuestos durante este trimestre de otoño y la exposición de posters del periodo invernal.

Recursos necesarios

Los recursos que se utilizarán serán:

- Ordenador
- Cartulinas
- Fotocopiadora para poder imprimir los carteles a tamaño Din A 3.
- Cinta adhesiva o paneles informativos para colgar los carteles.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el periodo de otoño se han pasado las primeras 100 encuestas analizadas con el programa estadístico SPSS 19 y con las variables de sexo-edad y las 5 preguntas del anexo 1 con los siguientes resultados:

Por sexo de los encuestados un 52% son mujeres y un 48% hombres.

Los porcentajes de franjas de edad de los encuestados son 18-30 un 15%, 31-50 un 49%, 51-70 un 25% y más > 71 un 11%.

A las preguntas contestadas:

- Pregunta N^o 1, el 71% positivas frente a un 29% que los carteles no les había llamado la atención.
- Pregunta N^o 2, el 92% positivos frente al 8% que no lo consideran apropiado.
- Pregunta N^o 3, el 92% positivos frente al 8% que consideran que el lenguaje no es comprensible.
- Pregunta N^o 4, el 83% positivos frente al 17% que piensan que lo aprendido a través de los carteles no le será útil.
- Pregunta N^o 5, el 83% positivos frente a 16% que no desean más carteles.

Objetivo general:

- Lograr la atención de los usuarios en un 20% que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria.

Objetivos específicos:

- Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
- Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La pregunta n^o 1 ¿Le han atraído visualmente las ilustraciones / carteles, nos ha sorprendido que el porcentaje sea inferior con un 71% con relación a las otras preguntas.

Esto se podía deber a que los posters han sido de un tamaño inferior a lo que teníamos previsto en un principio que era Dina 1 y haya podido contribuir a que los usuarios no les llamase la atención.

La respuesta que ha tenido un porcentaje más alto ha sido la n^o 2 con un 92% ¿ Los considera apropiados para la sala de espera de un servicio de urgencias?

Así como la n^o 3 también con un 92%: El lenguaje empleado en los carteles, ¿es comprensible?

La pregunta n^o 4 ¿Considera que lo aprendido a través de los carteles le será útil para su vida cotidiana? Y la n^o 5 ¿Le gustaría que hubiera más carteles informativos sobre temas de salud? han tenido un mismo porcentaje 83%.

En resumen y viendo el resultado de las preguntas, nos gustaría que el tamaño de los posters fuese con Dina 1 y plastificados y para aumentar la interactividad de nuestros usuarios con los pictogramas.

Además realizar pictogramas e ilustraciones en diferentes idiomas para favorecer la interactividad y equidad social con poblaciones más desfavorecidas dado el 26 % del centro de salud de Fraga es población inmigrante.

7. OBSERVACIONES.

Debido a motivos técnicos surgidos para la edición de los pictogramas, se retraso la exposición al período de otoño y por tanto queda abierto el proyecto hasta finalizar el verano de 2020, habiendo cumplido las cuatro estaciones entre los años 2019-2020.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

*** ===== Resumen del proyecto 2019/136 ===== ***

Nº de registro: 0136

Título
EDUCACION SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCION CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVES DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

Autores:
SISCART TRESANCHEZ MARIA DOLORES, CASAS SORO SILVIA, PEREZ BENAC LUIS, SANZ SASOT CRISTINA, PUYUELO GIMENEZ GABRIEL, AYUDAN PEIRON BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías.
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El centro de salud de Fraga cuenta con 16.056 usuarios que disponen de tarjeta sanitaria según datos del 2018 del Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). El Servicio de Atención Continuada recibe a 8.000 usuarios al año según datos del sector del 2018. Por lo tanto, se objetiva una alta demanda de los servicios por parte de la población.

Al revisar los motivos de demanda en el servicio, se observa una constante repetición de consultas por síntomas o enfermedades comunes que se podrían solventar en el domicilio al disponer de conocimientos sobre educación sanitaria y/o medidas de seguridad e higiene (ejemplo: colocación del termómetro, toma de analgésicos y/o antitérmicos, etc).

Ante esta situación, el personal de enfermería del servicio de atención continuada del centro de salud de Fraga se propone incrementar los conocimientos en lo que se refiere a educación sanitaria en los usuarios, mientras esperan en la sala de espera. Se pretende realizar de forma clara, sencilla, directa y que se pueda extrapolar a la toda la población, mediante pictogramas e ilustraciones que se colocarían en la misma sala de espera.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general
Lograr la atención de los usuarios que acuden al servicio de atención continuada a través de métodos indirectos basados en educación sanitaria.

Objetivos específicos

Contribuir a modificar los hábitos no saludables de la comunidad para conseguir una mejora en su estado de salud.
Promover los autocuidados del paciente y/o familiares para la prevención de problemas de salud.

MÉTODO

Se utilizaran pictogramas e ilustraciones procedentes de fuentes fiables tales como: organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Sanidad de España, Servicio Aragonés, otros servicios de salud estatales, etc.

Se utilizará como medio "la comunicación escrita" mediante carteles tamaño póster.

Los carteles:

- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Sea claro y exprese muy bien la idea que pretende.
- Que la imagen sea lo más importante y el texto muy breve (eslogan).
- Que llame la atención, ya sea por el diseño, los colores o incluso el texto.
- Que se coloquen en un lugar visible y estratégico, tanto en el interior como en el exterior de los locales del centro.

Se realizarán carteles de carácter temporal y otros permanentes. Aquellos temporales variarían según la estación del año, ya que según la época los motivos de consulta varían. A continuación se detallan los carteles a presentar:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0136

1. TÍTULO

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LOS USUARIOS DE ATENCIÓN CONTINUADA DEL CENTRO DE SALUD DE FRAGA A TRAVÉS DEL USO DE PICTOGRAMAS E ILUSTRACIONES

TEMPORALES

Primavera: Tratamiento y medidas higiénicas ante picaduras de insectos predominantes en la zona

Verano: Medidas de protección frente al sol y al calor.

Otoño: 1. Tratamiento de la gastroenteritis aguda

2. Medidas de protección en ojos frente a la entrada de objetos extraños en el campo.

Invierno: 1. Lavado nasal pediátrico.

2. Medidas física antitérmicas en adultos.

PERMANENTES

Higiene de manos.

Tiempos de espera en urgencias según motivos de consulta.

Voluntades Anticipadas.

Protocolo de extracción de muestra de orina.

INDICADORES

Se pasará una encuesta de valoración tipo nominal a los pacientes que acudan al servicio de urgencias. En total serán unas 400 encuestas, 100 en cada uno de los periodos estacionales.

Se realizará una sesión informativa para los profesionales del C.S Fraga para dar a conocer el proyecto que se llevará a cabo en atención continuada.

Se emitirá una sesión radiofónica trimestral sobre los temas a tratar.

DURACIÓN

El proyecto tendrá una duración de 12 meses, el cual dará comienzo en marzo de 2019 coincidiendo con el inicio de la primavera, y finalizará en marzo de 2020.

Durante el mes de marzo se realizará la búsqueda bibliográfica, redacción del proyecto y creación del cartel temporal inicial y de los permanentes.

Se iniciará la colocación de los carteles en abril de 2019 y cada cartel se mantendrá durante 3 meses coincidiendo con el cambio de estación. A excepción del cartel de primavera que finalizará una semana antes para poder realizar la recogida de datos, análisis de los mismos y redacción de resultados.

El grupo de trabajo se reunirá quince días antes del comienzo de cada estación para la elaboración del cartel estacional correspondiente. Además, se procederá a la recogida de encuestas para ir introduciendo datos en la base de datos.

Se evaluará de forma continua la opinión de los usuarios acerca de los carteles mediante una encuesta de escala tipo nominal, para así obtener la opinión de todos/as los usuarios que acudan al servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE NOEMI ALEXANDRA SERRANO PELLUS

- Profesión HIGIENISTA DENTAL
- Centro CS FRAGA
- Localidad FRAGA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CUCALON IRACHE ELOISA
LARDIES UTRILLA DAVID

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo el seguimiento en el embarazo a mujeres embarazadas con 4 visitas pautadas:

-1ª visita: Se realiza en el 1º trimestre de gestación, derivada de consulta de matrona. En ésta primera consulta se realiza la exploración de cavidad oral, evaluación de estado dental (caries), presencia de placa dental, gingivitis y sangrado. Se dan instrucciones de higiene oral (cepillado, utilización de seda dental) para prevenir la acumulación de placa dental y gingivitis que preceda a periodontitis. Consejos dietéticos: alimentos cariogénicos y alimentos saludables que debe consumir para evitar la aparición de caries dental. Control de la gingivitis ya que debido a las hormonas del embarazo a veces aparece épuilis. En ésta visita toda la prevención y primera aplicación de barniz de flúor (fluorización), y planificar según estado general durante el embarazo posibles tratamientos (preferibles en 2º trimestre del embarazo ya que es el más seguro) tales como tartrectomía (limpieza bucal).

-2ª visita: Se realiza en el 2º trimestre de gestación. Exploración de cavidad oral y evaluación de su estado(placa,caries,gingivitis,sangrado) . Se aplica segunda aplicación de barniz de flúor (fluorización) y se planifica cita para realizar tartrectomía(limpieza bucal).

-3ª visita: Se realiza en 3º trimestre de gestación. Exploración de cavidad oral y evaluación de su estado(placa, caries, gingivitis) . Se aplica tercera aplicación de barniz de flúor (fluorización).

-4ª visita:Se realiza en postparto. Exploración de cavidad oral y evaluación de su estado (placa,caries,gingivitis,sangrado). Se aplica cuarta aplicación de barniz de flúor (fluorización). En ésta visita damos consejos para higiene oral del bebé a las madres (cómo limpiar encías y dientes tras las tomas de alimentación, aparición de los primeros dientes, atención a las caries de biberón y uso inadecuado del chupete siendo su retirada alrededor de los 2 años) .

Lo hemos realizado a lo largo del año 2019 y los recursos utilizados se encuentra en nuestra consulta de salud bucodental, ya que los materiales se van pidiendo conforme se van necesitando en pedido habitual:

- Aparato de ultrasonidos con su correspondiente punta de trabajo para realizar tartrectomías .
- Cepillos de pulir y pasta de profilaxis para realizar tartrectomías.
- Barniz de flúor para las fluorizaciones.
- Aspiradores dentales para tartrectomías.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado final es positivo, se ha dado cobertura de tratamiento a la población diana que ha acudido a la consulta de salud bucodental, derivados de las consultas de matrona y ginecología.

-Número de mujeres embarazadas atendidas en consulta salud bucodental (117) / Número de mujeres embarazadas vistas por matrona (192) .

-Número de mujeres embarazadas con aplicación de flúor (117) / Número de mujeres embarazadas vistas en consulta salud bucodental (117) .

-Número de mujeres embarazadas a las que se les realiza tartrectomía (110) / Número de mujeres embarazadas atendidas en consulta salud bucodental (117) .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como conclusión diremos que se ha conseguido mejorar la prevalencia de gingivitis y periodontitis en las mujeres embarazadas que han llegado a nuestra consulta de salud bucodental, así como la salud oral en general ya que la prevención en higiene dental ha sido la base. Ha habido pacientes que no han acudido a nuestra unidad ya que no se han visto al total de embarazadas vistas por matrona, pero aún así estamos satisfechos de la labor llevada a cabo porque durante todo el proceso hemos apreciado el resultado. Por eso estimamos oportuno que la mejora del proyecto se siga haciendo para poder seguir dando el tratamiento de cobertura.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1291 ===== ***

Nº de registro: 1291

Título
MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA.

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

SERRANO PELLUS NOEMI ALEXANDRA, CUCALON IRACHE ELOISA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

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 .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la Unidad de salud bucodental de Fraga estamos atendiendo a embarazadas en distintas etapas del embarazo, con un alto índice de patología bucodental, principalmente enfermedad periodontal y caries. A pesar de ser una prestación incluida en atención primaria, no se está llevando a cabo en nuestro centro de salud de Fraga, por lo que vemos la necesidad de establecer una prevención en la preconcepción y durante el embarazo. Acuden a consulta cuando ya es evidente que existe algún problema (gingivitis, dolor dental...) sin ser conscientes de que una revisión previa y cuidados dentales son imprescindibles para la embarazada y su bebé. Está demostrado que la periodontitis en la madre está asociada con el aumento del riesgo de parto pre término, bajo peso al nacer y restricciones de crecimiento intrauterino. Es por ello, que la captación de estas pacientes a través de las consultas de: matrona, enfermería, médicos de familia, pediatría y unidad de salud bucodental se hace imprescindible.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concienciar a la embarazada de la importancia de realizar revisiones periódicas para la prevención y cuidados de salud bucodental de ellas como para el bebé.
- Detectar la enfermedad periodontal en sus primeros estadios (gingivitis), para tratarla mediante tartrectomía.
- Incluir el tratamiento de tartrectomía (limpieza bucal), en el servicio de atención ampliando así la cobertura.
- Disminuir la incidencia de patología bucodental durante el embarazo, principalmente enfermedad periodontal y caries.

MÉTODO

- Conocer el estado de salud bucodental y necesidades de tratamiento de las embarazadas.
- Realizar exploraciones y poner en marcha protocolo de medidas preventivas de la cavidad bucal en la preconcepción y a mujeres embarazadas.
- Realizar tartrectomías en nuestra unidad de salud bucodental como primera medida para evitar las posibles complicaciones que la enfermedad periodontal puede llegar a producir según va avanzando el embarazo.
- Educación en higiene oral: instrucciones de cepillado, utilización de cinta o seda dental, importancia de la no acumulación de placa bacteriana.
- Aplicación de flúor tópico en cubeta de gel y barnices.
- Consejos dietéticos: alimentos cariogénicos y alimentos saludables.
- Durante el embarazo se realizarán tres visitas, una en cada trimestre y se valorará en cada consulta: fluorizaciones, exploración oral (placa o tártaro, gingivitis, enfermedad periodontal, caries) y su posterior tratamiento cuando así lo requiera, preferiblemente en el 2º trimestre del embarazo, ya que es el considerado más seguro.
- Valorar la prevalencia del tratamiento periodontal después del parto, entre el 1º y 3º mes post parto, se hará una revisión odontológica, así como instruir a la madre en la educación oral del bebé (como limpiar las encías, explicar las caries de biberón, y el uso inadecuado del chupete).

INDICADORES

Los indicadores que se van a utilizar serán:

- Número de mujeres embarazadas atendidas en unidad de salud bucodental/ Número de embarazadas gestionadas por matrona.
- Número de embarazadas con aplicación de flúor tópico/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.
- Número de embarazadas a las que se realiza tartrectomía/ Número de embarazadas vistas en unidad de salud bucodental.

DURACIÓN

La fecha de inicio sería inmediato, llevándolo a cabo en 2019 y la intención es que continúe sin interrupción.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1291

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL DE LA SALUD BUCODENTAL EN LA EMBARAZADA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0165

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA MILLANES GALLINAT
· Profesión MATRONA
· Centro CS FRAGA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA DE AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDALA CLEMENTE RAQUEL
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
ARIÑO BAILO VANESA
LAPEÑA LLERA ANABEL
COSTA MENEN ELENA
DUESO CORBALAN MARIA CARMEN
CALVET PALAU MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Seguimiento del Protocolo Autonómico de Contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por Especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control y retirada de DIUS a las matronas de AP
- Reunión del grupo de trabajo
- Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados
- Recogida de los datos de la actividad realcionada con la inserción y retirada de implantes por las matronas de AP de todo el Sector
- Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Las mujeres atendidas en el CS Fraga que solicitan información para IVES en 2019 ha sido de 21, suponen 3 más que en 2018 pero 10 menos que en 2017 . De ellas un 71,4 % son extranjeras y todas proceden de Bulgaria y Rumanía. Durante 2019 no hemos informado de IVE a mujeres extranjeras procedentes de otros países
- El 50% de las mujeres informadas tenían alguna interrupción de embarazo previa
- En 2019 se han controlado en Fraga 209 mujeres embarazadas, de las cuales 99 eran Españolas (47,3%) y Extranjeras 110 (52,6%) siendo el porcentaje mayor los correspondientes a las nacionalidades de Rumania, Bulgaria y Marruecos.
- Se han atendido a mujeres de 14 nacionalidades distintas, siendo el país de origen más frecuente Bulgaria y Rumanía que representan un 29% del total de mujeres embarazadas atendidas
- El 91,3 % de las embarazadas con edad igual o menor a 20 años son extranjeras
- El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 año el año 2016 cuando se puso en marcha el Programa de Organización anticonceptiva de Aragón a 175 implantes en 2019. Su uso se ha incrementado en un 343% en tres años, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias y a mayor conocimiento del método por parte de las usuarias. En Atención Especializada sólo se han puesto en 2019 menos de 10 implantes anticonceptivos
- Del total de mujeres atendidas para método LARC con implante, el 62,6% son extranjeras
- Se han insertado 175 implantes en todo el Sector, se han recambiado 27 y se han retirado 63 implantes, 38 de los cuales por mala tolerancia de la usuaria, siendo el sangrado continuo la causa más frecuente de no aceptación del método. La tasa de retirada de implantes por mala tolerancia se ha incrementado en un 3%
- El número total de DIUs insertados en el Sector en 2019 ha sido de 322. De éstos, 70 corresponden a DIUs de cobre (21,7%) y 252 (78,2%) a DIUs de levonogestrel.
- En 2016 se colocaron 118 DIUs de LNG, en 2017 unos 164 y en 2018 se insertaron 178. Desde la puesta en marcha del programa de organización anticonceptiva de Aragón (2016) hemos incrementado en un 213% los DIU de LNG, teniendo en cuenta tanto su uso terapéutico como anticonceptivo
- En 2019 un 64,6 % de los DIU de LNG corresponden a MIRENA y un 35,3% a Kyleena
- Sólo el 5,2% de las mujeres que optaron por el DIU como método eran nulíparas
- El 65% de las mujeres que optaron por el DIU eran españolas y el resto extranjeras
- En cuanto a la demora en las Consultas de ginecología para atender Inserción de métodos LARC, actualmente no hay demora en ninguna consulta por la realización de consultas extraordinarias y por la disminución de demanda dado que la anticoncepción de bajo riesgo la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de púerperas: 90 %
- Número de DIUS insertados en consultas en 2019: 322
- Numero de DIUS en nulípara 2019: 15
- Número de implantes insertados por Atención Primaria 2019: 202
- Numero de implantes insertados por Atención especializada en 2019: 9
- Numero de implantes retirados por mala tolerancia en AP en 2019 : 38
- Control de complicaciones: 0 Complicaciones en inserción de implantes y 1 migración a cavidad abdominal de un DIU de LNG

- La población en edad fértil que asistimos en el Sector Barbastro, es compleja y variada. El porcentaje de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0165

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

mujeres extranjeras atendidas en el parto en el hospital es del 37% y en algunas consultas, como Fraga, llega al 52,6% con 14 nacionalidades diferentes

- Se trabaja para informar sobre anticoncepción y evitar IVES de repetición, captando a las mujeres de riesgo en las consultas de atención primaria y también con la información dada por las matronas de planta de puerperas del Hospital de Barbastro, facilitándoles el acceso a métodos seguros

- Destacar la importancia del implante anticonceptivo como método de larga duración, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria. La inserción del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital

- El incremento en la inserción de métodos LARC permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en el Sector

- El 50% de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Fraga en 2019 para información de IVE, refieren haber tenido IVES previos. Este dato nos debe hacer plantearnos que se debe potenciar desde Atención Primaria la recaptación de estas mujeres de riesgo para planificación posterior al IVE ya que la mayor parte de ellas no acuden a la visita con la matrona postIVE

- Consideramos necesario trabajar de forma coordinada los equipos de AP, matronas y ginecólogos para facilitar la contracepción segura

- El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, ha supuesto una disminución en la lista de espera en las consultas de planificación familiar de ginecología

7. OBSERVACIONES.

Con esta memoria cerramos el Proyecto de Mejora de Calidad porque consideramos que el Programa de Organización Anticonceptiva de Aragón en nuestro Sector está funcionando con unos resultados claramente positivos. La coordinación entre niveles asistenciales es uno de los objetivos del Programa y a día de hoy está conseguido y ha permitido acercar el consejo contraceptivo y los métodos LARC a todas las usuarias del Sector

*** ===== Resumen del proyecto 2019/165 ===== ***

Nº de registro: 0165

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA - ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
MILLANES GALLINAT PATRICIA, BERDALA CLEMENTE RAQUEL, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, ARIÑO BAILO VANESA, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, COSTA MENEN ELENA, DUESO CORBALAN MARIA CARMEN, CALVET PALAU MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS FRAGA

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer para que tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.
En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón.
En el Sector Barbastro, dado que no hay consulta específica de Planificación, consideramos necesario trabajar coordinadamente con las matronas de Atención Primaria, enfermería de especializada y ginecólogos, para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y la accesibilidad a las consultas, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.
Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales). De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros y observamos que el implante hormonal, era bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes.
Seguimos trabajando para mantener el circuito asistencial en el postparto inmediato, desde el hospital a las consultas, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora.
En 2015, se inició en Atención Primaria la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas, esto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0165

1. TÍTULO

COORDINACIÓN ASISTENCIAL ATENCIÓN PRIMARIA-ENFERMERÍA Y SERVICIO DE GINECOLOGÍA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCIÓN EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

ha favorecido la instauración del método, asegurado el seguimiento de las mujeres y ha disminuido las derivaciones a Atención Especializada.

El 33% de los partos atendidos en 2017 el Hospital de Barbastro, son inmigrantes y en la consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por la dificultad idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.

En 2018 el porcentaje de partos de mujeres extranjeras en Barbastro ha sido de 48%.

En 2018 en la consulta de Fraga se atendieron 199 embarazadas, de ellas 47,73% son extranjeras, el número de nacionalidades ha sido de 17. El tipo población atendida en esta consulta es muy variable y se detectan dificultades para la atención sanitaria por desconocimiento del idioma y de la forma de acudir al Sistema sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

El Objetivo general:

- Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos:

- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita, clara y traducida de los diferentes métodos.
- Potenciar la utilización de Métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO

- Seguimiento del Programa Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP

- Reunión del grupo de trabajo.

- Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología y por parte de las matronas de atención Primaria del Sector, de los métodos LARC instaurados.

- Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto

- Dar a conocer el Programa de organización Anticonceptiva de Aragón tanto a los médicos de AP como a los ginecólogos de nueva incorporación en los diferentes centros (gran movilidad de personal en cortos espacios de tiempo)

INDICADORES

Nºmujeres puérperas informadas en Planta

NºDIUS insertados en 2019

Nºimplantes insertados por A. P. y A. Especializada en 2019

Nºimplantes retirados por mala tolerancia en 2019

Porcentaje de mujeres que no acuden al control postinserción

Control complicaciones

DURACIÓN

Finalización en Diciembre de 2019

Recogida complicaciones de los implantes y DIUS

Evaluación: 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 - 2016/0022

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE ANA MARIA SANCHEZ ADRIAN
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Elaboración de un protocolo de Tratamiento conservador de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo. Sesiones clínicas en CS de Castejón de Sos (09.05.2016) y CS Graus (19.08.2016) para presentación del protocolo de derivación al Equipo de Atención Primaria. Charlas divulgativas en la comunidad acerca del cuidado del Suelo Pélvico (Graus, Secastilla, Lascuarre). Elaboración de un folleto de educación sanitaria con las pautas y fases del entrenamiento muscular del suelo pélvico, que se entrega a todas las mujeres que cumplen los criterios de inclusión para el programa. Puesta en marcha del programa de entrenamiento muscular del suelo pélvico, que consta de una visita de valoración inicial con la matrona, de 1-5 sesiones de fisioterapia y una valoración final con la matrona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de mujeres derivadas para iniciar el programa ha sido de: 25, de las cuales 12 cumplían los criterios de inclusión. El número de sesiones ha oscilado entre 1 y 4.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la valoración realizada concluimos que el número de mujeres incluidas en el programa es muy bajo, teniendo en cuenta la alta prevalencia de la incontinencia urinaria de esfuerzo. Por ello se realizarán en 2018 sesiones clínicas en los EAP para divulgar el proyecto. Además se observa una mala adherencia al programa de entrenamiento. Por ello se realizará durante el año 2018 un trabajo de investigación cualitativa que indague en los factores asociados a la mala adherencia terapéutica, para poder posteriormente realizar los cambios y mejoras pertinentes.

7. OBSERVACIONES.

Hasta dic de 2016 la persona responsable del proyecto fue Verónica Blanco Gimeno, matrona. El motivo de su retirada fue, que por un concurso de traslados, ya no ejerce en el CS de Graus-Castejón de Sos.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/22 ===== ***

Nº de registro: 0022

Título
TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
BLANCO GIMENO VERONICA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es muy prevalente en las mujeres de edad avanzada y supone también la forma más común de incontinencia urinaria (IU) en las mujeres menores de 75 años, ya que afecta a casi un 50% de ellas. La IU no es una enfermedad que ponga en peligro la vida del paciente, pero deteriora significativamente su calidad de vida, ya que reduce su autoestima, merma su autonomía e influye en la esfera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0022

1. TÍTULO

TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN ATENCION PRIMARIA

de las relaciones sociales.

La IUE se define como la pérdida súbita e involuntaria de orina asociada a cualquier actividad que aumente la presión intraabdominal. Esto provoca que la presión intravesical aumente y supere a la presión del sistema esfinteriano uretral, en ausencia de contracción del detrusor.

La causa final de la IUE es la disminución de la presión uretral, y ésta puede estar reducida por dos causas que pueden coexistir: la "deficiencia esfinteriana intrínseca" y la uretra "hipermóvil", en la que los elementos de sostén de la uretra (entre ellos el suelo pélvico) están debilitados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Prestar atención sanitaria a la mujer que presenta IUE y cuyo médico de referencia se sitúe en los CS de Graus y Castejón de Sos, con objeto de mejorar su situación clínica y prevenir complicaciones futuras, mejorando así su calidad de vida de forma integral.
- El objetivo se centrará en intentar resolver el problema de su IUE a través de las intervenciones necesarias, tanto asistenciales como de educación sanitaria, con los recursos disponibles en la zona de salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar y captar a las mujeres que presentan IUE en las zonas de salud de referencia.
- Proporcionar una asistencia de buena calidad, centrada básicamente en el entrenamiento muscular del suelo pélvico, integrando patrones posturales, motrices y respiratorios adecuados en las actividades de la vida diaria (AVD).
- Fomentar la autosuficiencia y el autocuidado.

MÉTODO

- Elaboración y puesta en marcha de un programa multidisciplinar (matrona-fisioterapeuta) de entrenamiento de suelo pélvico (ESP) en mujeres con IUE
- Establecer los criterios de inclusión y exclusión en el programa de ESP.
- Definir las actividades a realizar, tanto asistenciales como de educación sanitaria, quién las lleva a cabo, cuándo y de qué forma. Establecer un cronograma de actividades.

INDICADORES

- Presentación del programa multidisciplinar de ESP en sesiones clínicas
- Número de usuarias incluidas/excluidas en el programa. (para ello habría que realizar alguna adaptación en OMI para poder realizar esta búsqueda).

DURACIÓN

- Elaboración del programa multidisciplinar de ESP. Primer trimestre
- Presentación del programa en los EAP. Segundo trimestre
- Puesta en marcha del programa. Tercer trimestre
- Evaluación. Cuarto trimestre

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 1 Nada
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 1 Nada
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 1 Nada
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro CS GRAUS
• Localidad GRAUS
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GUAL PLANAS MONTSERRAT
LASCORZ GOICOCHEA ANA
MAGAZ MONTANER RAQUEL
MARTI JARNE FERNANDO
CALDERON GRAU PILAR
MONCUS MURO ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Reunión en Gerencia de Atención Primaria el 21.04.2017, de 13 a 15h con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Área de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación de las UFAP; propuesta de actividad de mejora de calidad para el año 2017. Se concluye en dicha reunión que dentro del Proyecto de Mejora de Calidad: "Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro" se pretende consensuar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia.
• Búsqueda bibliográfica y de Guías de funcionamiento de Unidades de Fisioterapia de diversos centros públicos. Lectura y análisis de cada uno de los documentos. Elaboración de un borrador.
• Reunión en H. de Barbastro el 27.10.2017, de 13 a 15h., con asistencia de todos los fisioterapeutas de AP del Sector de Barbastro. Orden del día: Elaboración del documento de Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia. Puesta en común de las conclusiones extraídas en el análisis previo y presentación de diversos borradores. Discusión y aprobación de un documento consensuado.

CRONOGRAMA
• 1er TRIMESTRE. Se analiza la situación de las UFAP. Propuesta de elaborar una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia dentro del marco del plan de mejora de calidad "Guía de Actuación de las UFAP del Sector Barbastro".
• 2º TRIMESTRE. Elaboración del documento.
• 3er TRIMESTRE. Presentación del borrador del documento.
• 4º TRIMESTRE. Presentación, discusión y aprobación por consenso del documento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
• La existencia de una Guía de Funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia contribuye a mejorar el conocimiento de los usuarios con respecto a este servicio sanitario.
• Dicha guía se exhibirá al público en un tablón accesible en el Centro de Salud donde se ubique dicha Unidad de Fisioterapia, y se le dará a conocer a los usuarios en el momento en que acudan a esta Unidad para recibir atención.
• Así mismo esta Guía ofrece:
• Información de cómo debe tramitarse la prescripción de Fisioterapia, entregándose en Admisión y no en las Salas de Fisioterapia
• Indicación de las condiciones en las que debe acudir el usuario a tratamiento, en cuanto a vestimenta, uso de las instalaciones, frecuentación, etc.
• Advertencia de los riesgos en salud que pueden sufrir determinados usuarios portadores de marcapasos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
• Mejora de la coordinación entre los profesionales
• Disminuir la variabilidad con el consenso con AE de unos criterios mínimos de derivación a las UFAP
• Es necesario continuar con el proyecto en 2018 para poder cumplir la totalidad de objetivos que se marcaron en un primer momento

7. OBSERVACIONES.
Se adjunta la guía de funcionamiento de la Unidad para usuarios

*** ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- * En cuanto a los usuarios:
 - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
 - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- * En cuanto a los profesionales:
 - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- * En cuanto a la organización/recursos económicos:
 - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

IMPLANTAR UN PROGRAMA DE MEJORA PARA DERIVACION A LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA Y ATENCION ESPECIALIZADA

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTI JARNE FERNANDO
MONFORT FERRIS SUSANA
MAGAZ MONTANER RAQUEL
GUAL PLANAS MONTSERRAT
BUISAN ESPIAS ROCIO
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

* Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería, Ana Monclús.

* Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP. Las fisioterapeutas recientemente incorporados al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484. Se les informa y se les hace entrega de la documentación relacionada con el anterior Proyecto de mejora de calidad 2016-0082: El "protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro" y la "Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia" y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

Se analiza la situación de las UFAP y se comentan las siguientes situaciones:

- La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.
- En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención quasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.
- Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte de la presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida.
- Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de "Fisioterapia 1º día" los siguientes ítems:

Procedencia de la derivación:

- ? Médico de AP
- ? Pediatría
- ? Rehabilitación
- ? Otros

El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia se realizará en cuanto se habilite dicho apartado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la incorporación de nuevos profesionales a las UFAP y la creación de una nueva UFAP en la ciudad de Barbastro, se ha establecido una coordinación y un consenso en cuanto a la utilización del Protocolo de derivación a las UFAP y a la Guía de funcionamiento de las UFAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por el momento no se ha realizado evaluación del indicador de pertinencia de la derivación a la UFAP (en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a las UFAP) porque se está a la espera de que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI solicitadas en junio de 2018 a la dirección de Enfermería de AP del Sector de Barbastro. Se está a la espera de la puesta en marcha de la Comisión de gestión clínica de procesos músculo-esqueléticos del Sector Barbastro.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- * En cuanto a los usuarios:
 - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
 - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- * En cuanto a los profesionales:
 - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- * En cuanto a la organización/recursos económicos:
 - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DEL CIRCUITO ASISTENCIAL EN LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

trimestre.

- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS	: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .	: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 3 Bastante

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE GABRIELA FERNANDEZ JENTSCH
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUAL PLANAS MONTSERRAT
BUISAN ESPIAS ROCIO
MARTI JARNE FERNANDO
MAGAZ MONTANER RAQUEL
MONFORT FERRIS SUSANA
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- 2 reuniones de dirección de AP con las UFAP y el servicio de Rehabilitación del hospital de Barbastro
- 3 reuniones en 2018 de los profesionales de fisioterapia de atención primaria del sector para elaborar el protocolo
- 3 sesiones clínicas / formación en EAP (Abiego, Berbegal y Barbastro) de 1 hora de duración para explicar los criterios de derivación y organización de las unidades.
- Se ha presentado el protocolo de las UFAP al servicio de rehabilitación y se han consensuado criterios. Estamos pendientes de la aprobación definitiva de dicho protocolo.
- En este año se han aumentado recursos en el sector: un segundo fisioterapeuta en Binéfar y la creación de una nueva UFAP en Barbastro con 2 nuevos profesionales
- Han sido derivados 150 pacientes desde rehabilitación de Barbastro pendientes de tratamiento fisioterápico, a la nueva UFAP de Barbastro, lo que ha supuesto una descarga de las listas de espera de fisioterapia en el hospital.
- Consulta de procesos musculoesqueléticos: está pendiente su puesta en marcha en el hospital, que está prevista para el primer semestre de 2019 (condicionada a la incorporación de un nuevo FEA de Rehabilitación)
- Interconsulta virtual de procesos musculoesqueléticos: ya se está realizando con el servicio de RHB (se analizarán los datos en cuanto a resolución y respuesta cuando finalice el año 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Documentación relacionada aprobada: El "protocolo de derivación a las UFAP del Sector de Barbastro" y la "Guía de funcionamiento de la Unidad de Fisioterapia" y la presentación en power point del protocolo de derivación para su uso en las charlas informativas/sesiones clínicas en los Centros de salud.

- Fecha de inicio del proyecto: 22.06.2018. El proyecto se consensúa en una reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro en el Hospital de Barbastro, en la que asiste la Directora de Enfermería. El protocolo está pendiente de su aprobación definitiva y publicación en INTRANET.
- Segunda reunión de los fisioterapeutas de las UFAP del Sector Barbastro, celebrada el 30.11.2018 en el Centro de Salud-Pediatría de Barbastro. Orden del día: Análisis de la situación actual de las UFAP. Las fisioterapeutas recientemente incorporadas al área de Barbastro manifiestan su voluntad de participar en el AGC 2018-1484.

La UFAP de Barbastro ha recibido un montante de prescripciones de fisioterapia emitidas por el Servicio de Rehabilitación del Hospital de Barbastro que originalmente iban destinadas a la Sala de Fisioterapia del propio Hospital.

En la UFAP de Binéfar se observa cómo se derivan a Fisioterapia de forma reiterativa determinados pacientes desde AP, que demandan una atención cuasi continuada. También se da el caso de pacientes derivados desde el Hospital de Lleida por médicos traumatólogos, que prescriben fisioterapia a pacientes con patología compleja o intervenidos quirúrgicamente, con indicaciones de tratamientos complejos y/o de larga continuidad. Ello supone, en ambos casos, un incumplimiento de los criterios de inclusión del protocolo de derivación a fisioterapia de AP.

Se acuerda por consenso que cada UFAP realice charlas informativas o sesiones clínicas en los Centros de Salud de referencia para exponer/recordar el protocolo de derivación a las UFAP, con el soporte de la presentación en power point elaborada para tal efecto. Se propone incluir este documento en la carpeta Común de cada Centro de Salud así como en el Manual de Acogida. Se han realizado en Barbastro, Abiego y Berbegal.

Se acuerda por consenso que cuando un usuario inicie tratamiento fisioterápico, se hará constar en el protocolo de "Fisioterapia 1º día" los siguientes ítems:

Procedencia de la derivación: Médico de AP / Pediatría / Rehabilitación / Otros.

El registro de la pertinencia de la derivación a fisioterapia, en cuanto al cumplimiento o no de los criterios de inclusión del protocolo de derivación no puede realizarse hasta que los departamentos correspondientes del SALUD realicen las adaptaciones informáticas necesarias en OMI.

16% de las interconsultas virtuales de RHB han sido resueltas telemáticamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Necesitamos continuar trabajando, ya que la creación de las nuevas UFAP se ha demorado hasta el último

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

trimestre.

- También ha habido problemas para programar reuniones con el servicio de RHB debido a las incertidumbres relacionados con los cambios continuos de personal (traslados, OPEs, etc)
- En principio es un proyecto que ha demostrado ser útil, nos ha permitido crear un grupo con un objetivo común y esto también nos facilita poder consensuar criterios de evaluación (incentivos) con los propios profesionales
- Se ha mejorado la coordinación AP-AE (Rehabilitación y Físio del hospital). Se ha observado que deben de revisarse las indicaciones de derivación desde RHB a las UFAP para no duplicar y optimizar el funcionamiento de ambos dispositivos asistenciales.
- Se valora dar el proyecto por finalizado y crear una comisión/grupo de trabajo dependiente de la Comisión clínica de gestión clínica y calidad asistencial. La intención es que esta comisión se consolide como grupo estable. La comisión se podría llamar "COMISIÓN PARA LA COORDINACIÓN DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPEÚTICO A PACIENTES CON PROCESOS MUSCULOESQUELÉTICOS", con participación de profesionales del ámbito de la atención primaria y especializada (rehabilitador y coordinadora de unidad de físio del hospital).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/82 ===== ***

Nº de registro: 0082

Título
GUIA DE ACTUACION DE LAS UNIDADES DE FISIOTERAPIA DE ATENCION PRIMARIA (UFAP) DEL SECTOR BARBASTRO: PROTOCOLO DE DERIVACION A LAS UFAP

Autores:
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, GUAL PLANAS MONTSERRAT, MAGAZ MONTANER RAQUEL, MARTI JARNE FERNANDO, LASCORZ GOICOECHEA ANA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que se pueden beneficiar de la fisioterapia, especialmente las del aparato locomotor
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Atención Primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida y en donde se contemplan las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como actividades de mantenimiento, recuperación y rehabilitación básica. La incorporación de la fisioterapia en Atención Primaria comprende actividades asistenciales de rehabilitación básica y aporta, además, el enfoque de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad y la discapacidad, adelantándose al proceso de recuperación a través de la intervención del fisioterapeuta en situaciones previas a la patología.

En el sector sanitario se observa que:

- No existen protocolos consolidados de atención fisioterápica en AP.
- Hay mucha variabilidad en la derivación a las UFAP por falta de un protocolo consensuado donde se establezcan los criterios de derivación desde AP y AE.
- Es necesario un análisis y revisión de la situación actual para optimizar los recursos existentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

- * En cuanto a los usuarios:
 - Mejorar la accesibilidad a las UFAP.
 - Mejorar los estándares de calidad de la atención fisioterápica.
- * En cuanto a los profesionales:
 - Mejorar la coordinación entre los profesionales implicados.
- * En cuanto a la organización/recursos económicos:
 - Optimizar los recursos para lograr la máxima eficacia y eficiencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0082

1. TÍTULO

PERTINENCIA DE LAS INDICACIONES DE FISIOTERAPIA

MÉTODO

- Análisis de la situación.
- Elaborar un protocolo de consenso de derivación a las UFAP, con criterios de inclusión y exclusión base a criterios funcionales.
- Difusión e implantación progresiva del protocolo.
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora englobadas dentro de la Guía de Actuación de las Unidades de Fisioterapia de Atención Primaria del Sector Barbastro.

INDICADORES

- Sesiones en los Centros de Salud de referencia para difusión del protocolo de derivación.
- Número de usuarios derivados a las UFAP que no cumplen los criterios de inclusión en la derivación. Para ello sería necesario implementar la adaptación de OMI que facilitara la búsqueda informatizada de este indicador.

DURACIÓN

- Análisis de la situación. Primer trimestre.
- Realización del protocolo de derivación a las UFAP. Segundo trimestre.
- Difusión e implantación del protocolo de derivación en los Centros de Salud de referencia. Tercer trimestre.
- Evaluación. Cuarto trimestre.
- Propuesta de nuevas mejoras: Cuarto trimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
AGUELO FLORIA MARCOS
SANCHEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones de matrona, enfermería pediátrica y pediatra con familias y niños de 0-12 meses de edad, con una periodicidad aproximada de unos 15 días, descansando en periodos vacacionales. Las sesiones se han anunciado de forma periódica tanto de manera activa en las consultas de los pacientes diana como en el tablón de anuncios y en la página del Facebook del equipo.

Se han realizado hasta el momento desde la puesta en marcha del proyecto 14 sesiones, con temática diversa, incluyendo: lactancia materna, alimentación infantil, ritmo intestinal de los niños, trastornos digestivos funcionales, estreñimiento, masaje infantil, actuación ante un atragantamiento y RCP básica, alimentación en el postparto y lactancia, anticoncepción en el postparto, cuidados del suelo pélvico, ejercicios recomendados en el postparto... Alguno de los temas se ha repetido en varias ocasiones dado que la población asistente ha sido diferente y han sido cuestiones demandadas de forma frecuente en las encuestas iniciales realizadas.

En cada una de las sesiones llevadas a cabo se ha seguido la misma dinámica: presentación de los asistentes, resolución de dudas, introducción del tema, exposición práctica mediante preguntas a resolver por las familias y corrección de errores, y dudas finales. Se ha entregado material impreso a modo de resumen de la información más relevante en la mayoría de las sesiones. En alguna sesión se han empleado materiales audiovisuales y en otra material médico, como por ejemplo para el taller de RCP básica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto de los indicadores propuestos, se han conseguido los objetivos esperados en todos los que se han evaluado hasta el momento:

- Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza. Hasta la fecha actual se han realizado 14 sesiones (de mayo a febrero 2018), teniendo ya programadas quincenalmente las fechas de las próximas a realizar.

- Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones. Al menos un familiar de cada recién nacido a lo largo del periodo comprendido desde la puesta en marcha del proyecto ha acudido en una ocasión al grupo de crianza, exceptuando aquellas familias que, bien por barrera idiomática, distancia al centro de salud o no disponibilidad de tiempo por incorporación al trabajo, no han podido acudir.

- Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI. Se ha citado a todos los pacientes que han acudido al grupo de crianza como educación grupal en los días que se han realizado las sesiones, y se ha dejado constancia en cada historia de la temática tratada.

- Respecto a los indicadores de: mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto y mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, no se disponen de resultados definitivos, porque la mayoría de los niños incluidos en el proyecto todavía no han cumplido los 12 meses y por tanto no se ha realizado dicha revisión de salud, no pudiéndose entregar la encuesta para valorar dichos aspectos. La valoración subjetiva de dichos resultados es elevada, dado que las personas que han acudido a estas sesiones han manifestado activamente su satisfacción con el desarrollo del grupo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El desarrollo del grupo de crianza ha sido una actividad satisfactoria tanto para los profesionales implicados como para los familiares, porque al tratarse de una actividad muy participativa, hemos podido aprender de las familias y sus experiencias así como éstas de nosotros. Asimismo, durante las consultas de demanda y revisiones programadas de los pacientes que han acudido de forma asidua, se ha objetivado un aumento de los conocimientos de los familiares y un adecuado manejo de las situaciones tratadas en dichas sesiones.

El aspecto que más dificultad supone es la capacidad de convocar a la población, dado que la asistencia es muy variable, dándose días con la sala al máximo de su capacidad, mientras que otros la asistencia ha sido baja, en ocasiones motivada por la climatología o periodos vacacionales. Principalmente acuden las madres, pero en alguna ocasión también ha acudido algún padre al grupo, mostrándose satisfecho con la actividad.

Así pues, se prevé continuar de forma regular con el proyecto, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación, y los resultados son positivos a varios niveles, según se ha comentado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1418

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

***** **

Nº de registro: 1418

Título
GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

Autores:
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, MUR TORRES SARA, BOSCH ALCOLEA ELISABETH

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Consulta sobre lactancia, actividades preventivas y manejo de patologías frecuentes en el primer año de vida y en el posparto
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Partimos de la existencia de un grupo de lactancia en nuestro centro desde hace varios años, el cual se reúne esporádicamente, dirigido por la matrona, en el que se resuelven consultas sobre lactancia materna exclusivamente. Durante el primer año de vida de un niño, la demanda generada en consultas de pediatría por patologías banales y consultas sobre actividades preventivas y de promoción de la salud es numerosa, así como también lo son las consultas a la matrona sobre lactancia y cuidados tras el embarazo. Se decide ampliar el grupo existente, dirigiéndolo a los niños alimentados con lactancia materna y también a aquellos alimentados con lactancia artificial, así como a sus familiares. Además, la temática del grupo no sólo incluye temas sobre lactancia materna, sino también información sobre crianza y actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y también atendiendo al puerperio y la salud reproductiva de la mujer.

RESULTADOS ESPERADOS

Mantener y desarrollar un grupo de apoyo para familiares en la crianza de niños de 0-12 meses.
Mejorar conocimientos y habilidades maternas en el desarrollo de una lactancia exitosa y en autocuidado tras el parto.
Proporcionar a los familiares de estos niños habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en esta etapa de la vida infantil
Informar sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia.
Fomentar la relación entre las participantes fuera del ámbito sanitario.

MÉTODO

Reuniones de matrona, enfermera pediátrica y pediatría con familias y niños de 0-12 meses de edad, que se intentarán realizar con una periodicidad mínima de 15 días, de 1,5 horas de duración aproximada.
Se informa de su realización en las consultas de los profesionales que participan en la actividad, en el tablón de anuncios y en la página del facebook del equipo que desarrolla el proyecto.
Son sesiones en las que participan no sólo los profesionales de salud, sino también el resto de los asistentes. En ocasiones se utilizan recursos audiovisuales o impresos, así como demostraciones prácticas; y en otras se podrá requerir la presencia de alguna persona externa al equipo experta en algún tema concreto a tratar

INDICADORES

Realización de al menos 15 reuniones anuales del grupo de crianza
Número de reuniones realizadas en los últimos 12 meses. Resultado esperado > ó = 15)

Participación de al menos un 10% de la población diana en las reuniones
Número familias asistentes en al menos una ocasión a las reuniones/ Total de niños recién nacidos a lo largo de los 12 meses anteriores X 100 (Resultado esperado > ó = 10%)

Reflejar el tiempo dedicado en agenda OMI

Constancia de los pacientes que han acudido a la consulta en la agenda de OMI, citados como educación grupal los días que se realiza el grupo. (Resultado esperado: que todos los días que se realice grupo de crianza, consten citados pacientes como educación grupal en agenda de OMI)

Mejora de los conocimientos maternos sobre lactancia y autocuidado tras el parto en al menos el 50% de los participantes.

Medido mediante encuesta de mejora de conocimientos del primer día que acude a la reunión respecto del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1418

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA DEL CENTRO DE SALUD DE GRAUS

momento de finalización de su participación en el grupo.

Número de familiares que consideran que han mejorado sus conocimientos / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

Mejora de habilidades para solucionar problemas de salud frecuentes en niños de 0-12 meses, en al menos el 50% de los participantes

Medido mediante encuesta de mejora de habilidades del primer día que acude a la reunión respecto del momento de finalización de su participación en el grupo.

Número de familiares que consideran que han mejorado sus habilidades / Total de familiares que acuden a reuniones de grupo de crianza X 100 (Resultado esperado > ó = 50%)

DURACIÓN

Fecha de inicio: 26 de mayo de 2017

Fecha de finalización: se prevé darle continuidad, dado que la población a la que va dirigido está en constante renovación.

Primera fase: Reuniones de coordinación y temas a tratar; así como ofrecer información al resto del equipo del centro de salud

Segunda fase: Realización del grupo presencial, en la primera ocasión que acudan se entregará la encuesta de valoración de conocimientos y habilidades a todas las familias. La encuesta comparativa se entregará a las familias que hayan acudido, al cumplir los niños los 12 meses, aprovechando la cita de la revisión de salud. En las reuniones participarán de forma indistinta tanto la enfermera pediátrica, la matrona como la pediatra; dependiendo del tema a tratar en cada reunión.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

Fecha de entrada: 11/02/2018

2. RESPONSABLE NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA
SIRVENT MAZARICO IGNACIO
PUENTE CIRIA FRANCISCO JAVIER
MEGINO PEÑA VICTOR
ORDUNA NAVAS MARIA
BUCHACA PARDO NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realizamos una primera reunión de Equipo de Enfermería en enero de 2017 en la que se crea el grupo de personas que estan interesadas en la realización del proyecto. En dicha reunión definimos el perfil de cuidadores que van a participar. Serán seleccionados de los Servicios 313, 314 y 320 . son los que corresponden a Inmovilizados, Terminales y Conicos- Dependientes del Sistema OMI -AP.

Todos ellos cumplieran el requisito de tener un Índice de Barthel con un resultado = a 90.

Seleccionamos los temas prioritarios a tratar:

1-Realización de cuidados en Aseo e Higiene y cambio de Absorbentes
2-Realización de cambios posturales para el mantenimiento de una alineación correcta y prevención de Lesiones por presión.

3-Mantenimiento de la ergonomía del cuidador en la realización de los cambios posturales. Muestra de dispositivos de ayuda en la movilización de pacientes.

Decidimos que de forma individual buscaremos el material que nos parezca adecuado para las sesiones.

Realizamos una segunda reunión en Abril de 2017 en la que decidimos la estructura del taller. Elegimos una sesión expositiva en la Sala de Juntas del Centro de Salud utilizando el ordenador de docencia y conexión a Internet y cañón de proyecciones y otra sesión práctica en la Sala de Fisioterapia en la que se realizaran prácticas de lo explicado anteriormente. Se acuerda dos sesiones en dos semanas consecutivas para el mismo grupo. Posteriormente vimos que no se podía realizar en este modo porque los cuidadores no podían dejar a sus familiares tanto tiempo solos porque no todos tenían otra persona que le atendiera durante su ausencia o por por otras circunstancias de desplazamiento.

Del material aportado consideramos que los videos de Salud informa pueden ser de gran utilidad en la sesión para ser visualizados y posteriormente comentados, así como darles el enlace a los cuidadores para poder ser visualizados por ellos en sus domicilios.

Discutimos el como medir su estado de salud para realizar el cuidado y elegimos una escala diferente a la escala Zarit et Zarit por ser más rápida y sencilla en las respuestas durante la sesión y utilizada por servicios de Salud en cuidadores. La escala elegida es la EuroQol 5D y puesto que la mencionada ya está realizada dentro del PC-DEPEND. VALORACION CUIDADOR. Añadimos la recopilación de algún dato básico (edad, ayudas externas... nivel de ayuda que precisa su familiar), su contestación es de forma anónima.

Nos planteamos la evaluación de los contenidos así que auto-creamos una encuesta que se ciña a los temas expuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Dos de los ocho asistentes viajaron mas de 30 Km para la asistencia a la sesión y aunque manifestaron su interés ven complicado la asistencia a sesiones de forma continuada.

-En reunión realizada el 15 de Noviembre con la incorporación al centro de nuevos profesionales se sugiere la posibilidad de realización de blog (que permita la interacción y contacto permanente entre los cuidadores y profesionales sanitarios), ya que la presencia al taller fue dificultosa. Esto no exime la posibilidad de encuentros físicos profesionales-cuidadores pero si el mantenimiento del grupo activo.

Uno de los cuidadores expuso que no tiene acceso a Internet el resto tiene un manejo habitual.

-Por parte del grupo de trabajo el aprendizaje de una Planificación más realista de definir claramente los objetivos propuestos y su sistema de medida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Participación de los cuidadores. Acudieron un 80% de los cuidadores a los cuales se les ofertó el taller. Los pacientes pertenecían del Servicio de Inmovilizados y Dependientes. No acudió ninguno del Servicio de Terminales.

Todos los participantes al taller rellenaron la encuesta EuroQol 5D. La encuesta final fue entregada por algunos y otros prefirieron llevarla y ser recogida por los enfermeros durante las visitas domiciliarias programadas.

Satisfacción personal por parte de los cuidadores por la convocatoria y manifestada verbalmente. Sentimiento de pertenencia al grupo.

Alto índice de participación en dialogo abierto y tras terminar la sesión práctica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

En uno de los domicilios posteriormente se contrató a una persona para ayuda en los cambios posturales y cambio de absorbente. Se cambiaron también el tipo de absorbentes.
En otro domicilio se adecuó la cama y adquirieron una cama articulada y barandillas.
Esta información se objetivó en las sucesivas Visitas a domicilio realizadas por los enfermeros de cupo.
Se expusieron todos los contenidos que se tenían previstos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1569 ===== ***

Nº de registro: 1569

Título
GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS (ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES PP, ...) Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON CUALQUIER NIVEL DE DEPENDENCIA DE ZS DE GRAUS

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, CLEMENTE ARAGUAS MARIA LUISA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, BAGÜES CASAS SONIA, SIRVENT MAZARICO IGNACIO, PERNA ESPOT JOSEFINA, PUENTE CIRIA JAVIER, SORO VIVAS ANA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atencion a pacientes funcionalmente dependientes
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: mejora atención de pacientes dependientes en domicilio. Soporte al cuidador.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cuidados referidos serían:

ASEO/HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION, HIGIENE POSTURAL, ALIMENTACION ...

Dado el aumento del envejecimiento de la población que conlleva a un aumento de pérdida de autonomía y mayor dependencia junto con unos cuidadores dedicados durante años al cuidado de sus familiares y detectando un riesgo de cansancio en el rol del cuidador se decide la creación de este grupo en el que se aúne el orientar a estos cuidadores en recursos (formativos, en sesiones, recursos en la red, material de ayuda al cuidado, asociaciones...) y la favorecer la comunicación entre ellos compartiendo el nexo común que es la actividad de cuidar a su familiar.

RESULTADOS ESPERADOS
Creación de un grupo de cuidadores y favorecer la relacion interpersonal entre ellos
Fomentar la relacion terapeutica de los cuidadores con el EAP
Mejora del rendimiento del cuidador en la aplicación de cuidados directos

MÉTODO
sesiones formativas/informativas programadas conjuntamente entre los miembros del grupo de cuidadores y el personas que integramos el grupo de trabajo

INDICADORES
numero de sesiones que se realizan (3 sesiones)
asistencia de cuidadores (50% de los que se ofrece)
nivel de satisfacción de los cuidadores (escala likert)

DURACIÓN
realización de sesiones. 1ª sesión ya realizada 23/06/2017
2ª sesión (final de septiembre/octubre)
3ª a determinar

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1569

1. TÍTULO

GRUPO DE ORIENTACION EN CUIDADOS ASEO, HIGIENE, CAMBIOS POSTURALES, PREVENCION DE LESIONES POR PRESION Y SOPORTE EMOCIONAL A CUIDADORES DE PERSONAS CON DEPENDENCIA DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 24/02/2019

2. RESPONSABLE NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE
PUEYO GARCIA ROSA MARIA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BUCHACA PARDO NURIA
AGUELO FLORIA MARCOS
PUENTE CIRIA JAVIER
ORDUNA NAVAS MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Impresión de listados de pacientes adscritos al programa 320(Atención al inmovilizado, dependiente y Terminal) en cada uno de los cupos, con el fin de cuantificar el número de cuidadores a los que ofertamos el blog.

-Determinación de criterios de inclusión para la oferta del blog y de exclusión, determinado como criterio de inclusión:

Cuidador de paciente inmovilizado/dependiente en domicilio familiar o contratado, que sea quien realice los cuidados directos en ABVDs o supervisión de las mismas, para la satisfacción de las Necesidades Humanas Básicas. Determinamos como criterio de exclusión a pacientes terminales, pacientes institucionalizados en residencias y aquellos cuyos cuidadores no tengan aptitudes para manejo del blog y/o no posean conexión a internet o dispositivo para hacerlo.

-Elaboración de hoja de registro Excel. Como método de registro de nombre y apellidos del paciente, fecha y oferta de blog, y motivo por el que no se oferta o se rechaza por parte del cuidador, I.Barthel en ese momento, sí la cuidadora es durante 24 h, si y tienen ayuda de cuidadora del Servicio Comarcal. Si el cuidador es un familiar se le entrega test de sobrecarga de Zarit.

-Valoración de pacientes en el domicilio utilizando el I de Barthel en el momento de presentación del blog y los ítems de la hoja de Excel.

-Durante el mes de Marzo a Julio diseño del blog, elección de contenidos, elección de Editor de páginas web gratuito y sencillo en su manejo.

-Presentación de trabajo realizado hasta el momento al EAP en reunión de equipo (junio 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos revisado la cobertura de la implementación de la oferta del blog en cada uno de los ocho cupos médicos del Centro de Salud de Graus. En este momento no es posible una evaluación ya que se empezó a ofertar a principios de septiembre de 2018 y precisamos más tiempo tanto para la oferta del mismo como para el manejo por parte de los cuidadores.

En los domicilios en los que conocen el blog valoran positivamente los contenidos y la facilidad de uso del blog. Observamos que en los domicilios que hay un PC o tablet es mucho mas sencillo que la visualización que en el móvil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-El equipo de trabajo valoramos adecuadamente el trabajo realizado, encontramos dificultades en la búsqueda de contenidos a nivel de soporte emocional al cuidador, y que les resulten útiles, ya que consideramos que la esfera Psicológica nos es más difícil de abordar. A nivel de cuidados enlazamos con documentos de la web del salud y videos de salud informa, así como escaneando de documentos editados por diferentes Servicios de Hospitales del Salud. (HCLB, H de Barbastro...)

-Creemos que es un proyecto en desarrollo, hemos estado en contacto con personal de recursos humanos de la Comarca de la Ribagorza para que también lo conozcan las cuidadoras comarcales que acuden a los domicilios a realizar la ayuda en los cuidados, y creemos que podría publicitarse a otras zonas básicas de Salud para apoyo en el programa de Atención a pacientes Inmovilizados y Dependientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Título
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidadores de pacientes dependientes
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoración negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS
- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
-Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
-Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO
- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
-Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes físicas y posibilidades técnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
-Selección de test valoración sobrecarga del cuidador.
-Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmisión de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
-Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
-Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES
- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %
-Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado técnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%
-Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN
-Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
-Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
-Creación de criterios de inclusión de cuidadores(junio 2018)
-Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
-Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
-Pasar encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE NATALIA BANDRES PARDO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE
PUEYO GARCIA ROSA MARIA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BUCHACA PARDO NURIA
ORDUNA NAVAS MARIA
AGUELO FLORIA MARCOS
SUSIN LORES JORGE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras las actividades descritas en la memoria de seguimiento de 2018; entre ellas: configuración de los listados por cupos sanitarios, de pacientes adscritos al Programa de Inmovilizados y Dependientes (320), y elaboración de los criterios de inclusión y exclusión de ofrecimiento de la página web a los cuidadores, desde el grupo de trabajo se llevó a cabo una evaluación del desarrollo del proyecto de la página web <https://centrosaludgraus.wixsite.com/cuidadores>, creada entre los meses de Agosto a Noviembre de 2018.

En dicha evaluación, se evidenció que el Indicador que nos habíamos fijado de número de cuidadores instruidos/total de pacientes incluidos en los listados del servicio 320-pacientes Inmovilizados y Dependientes x 100; fue de un 40.26 %.

A su vez, tras una reunión con el Equipo de Atención Primaria se decide incluir este proyecto en el Acuerdo de Gestión del Centro de Salud y así conseguir la implicación de todos los profesionales del centro, ya que permite una mayor eficiencia en el seguimiento y cuidados dirigidos a pacientes Inmovilizados y Dependientes por parte de quienes los atienden tanto en domicilio como en la consulta del centro de Salud.

A través de la aplicación gratuita Wix.com, hemos creado la página web <https://centrosaludgraus.wixsite.com/cuidadores>, elegida también por su facilidad a la hora del diseño y del posterior manejo por el usuario. Puede configurarse en versión para el ordenador y/o Smartphone, desarrollando principalmente la versión para móvil que es la vía de acceso mayoritaria a la nuestra página.

La página web se ofrece tanto por el personal de medicina o personal de enfermería en cualquier visita domiciliar y se enseña a directamente a conectarse en la página a los cuidadores de los pacientes, siempre que tengan dispositivo móvil con conexión a internet y aptitudes básicas en el manejo (siendo este uno de los criterios de inclusión).

La página web se estructura comenzando con una presentación a través de una fotografía del EAP de Graus y una introducción de los objetivos de esta iniciativa, junto con una explicación sencilla sobre cómo manejarse dentro de esta web a través de un menú flotante. Éste permite acceder a los diferentes contenidos en diferentes pestañas; sobre alimentación (pirámide de alimentos, tipos, necesidades nutricionales, atención y cuidados en la disfagia...), guías visuales del cuidador editadas por el SALUD y enlaces a campañas del SALUD como la Gripe 2019/2020, (video diferenciación gripe/resfriado) y la recomendación de vacunación, Anciano y calor, correcta higiene de manos, prevención de úlceras por presión, cambios posturales y una pestaña que llamamos "El rincón del cuidador" donde tratamos temas del autocuidado del cuidador y soporte emocional a través de cuentos, fotografías...etc.. Otra de las pestañas es la que permite enviar sugerencias a través de correo electrónico por parte de los cuidadores a los profesionales que realizan la página, de modo que hay una comunicación directa .

Como se van incluyendo nuevos temas y pestañas dentro de la página web se decide crear una carpeta llamada "Cuidadores" dentro del archivo común del centro, ya que de este modo queda allí guardada toda la documentación/información/recursos que se publica en la página web y también el registro de los pacientes a los que estamos ofreciendo la conexión. Se acordó que ante un cuidador que tenga dificultad para acceder a la página web, por diferentes causas, se le proporcionen los contenidos de dicha página web en papel. Se creó también una hoja que se da al cuidador, donde consta tanto la dirección de la página web para ponerla en el navegador y poder llegar a ella, como una foto del contenido de la portada de nuestra página.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Una vez realizada la evaluación del desarrollo del proyecto en el 2018 y ver que no se ha conseguido como resultado el estándar fijado, se decide implementar la publicidad y aumentar el conocimiento de esta página web colocando un cartel explicativo e informativo, en el tablón de anuncios situado en el pasillo principal del Centro de Salud, así como incidir en una mejora de la comunicación profesional/cuidador para hacer su uso más extensivo. A fecha 20 de Enero de 2020, todos los profesionales aportan los resultados de su cupos, con lo que se obtenemos un porcentaje de cobertura en la implantación del recurso del 60 % . Desde la primera evaluación en febrero de 2019 se ha aumentado un 20%. El estándar fijado fue que el 80% de los cuidadores de pacientes dependientes e inmovilizados conozcan la página web creada.

Todos los cuidadores que se han instruido en el uso de la página web y la han utilizado, hacen una valoración positiva, aunque perciben como una debilidad la forma de acceso, ya que al no tener un dominio propio, se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

ralentiza la conexión y el uso, lo cual se intensifica en las poblaciones con peor acceso a internet rural. Desde la Dirección de enfermería del Sector se nos ha facilitado comunicación con el servicio de Informática para solventar este asunto.

Se ha mantenido a su vez una comunicación con la persona responsable de la Comarca de la Ribagorza del área de ayuda a domicilio, enviándole el enlace a la página web para que lo pueda divulgar entre los trabajadores de Ayuda a Domicilio a su cargo y tengan acceso al recurso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

. A partir de febrero de 2019 se han mantenido 4 reuniones del equipo de trabajo en las que se valora y analiza el trabajo realizado hasta el momento. Cabe destacar que fuera de estas reuniones, en el día a día, la comunicación entre los miembros del equipo ha sido muy fluida y la aportación de contenidos ha sido más rápida a través de grupo de Whatsapp creado para este fin.

Se han ampliado los contenidos relativos al soporte emocional del cuidador, cuando en una valoración previa se supuso que eran más difíciles de abordar, el resultado a sido satisfactorio, a través de cuentos, textos, imágenes... en definitiva recursos sencillos pero efectivos.

En el centro se ha creado un grupo de trabajo de Atención Comunitaria y se ha incluido la página web en la Agenda Comunitaria.

En todos los cupos sanitarios se ha llevado a cabo una revisión del Programa del Inmovilizado y Dependiente, lo cual ha supuesto una mejora en la inclusión de pacientes al mismo, valoración a través de la escalas de dicho programa y que a su vez permite una mejor identificación de las necesidades de los pacientes y sus cuidadores, en definitiva una mejora en su atención.

En una discusión de grupo vemos que es factible y operativo mantener esta página web en el trabajo habitual ya que en estos dos años, desde su creación, el manejo es sencillo, y la aportación de información se genera desde las necesidades sentidas y verbalizadas por los cuidadores, en el día a día. Los usuarios/cuidadores también aportan sugerencias en la página web a través de una pestaña creada para este fin. Se incluyó un contador de visitas y a fecha 30 de Enero de 2020 se han contabilizado 916.

Se ha iniciado el taller "Cuidarte" en la Zona Básica de Salud por parte de la Comarca. Por parte de las Trabajadoras Sociales y tras reunión conjunta se han propuesto al que algún miembro del equipo de trabajo vaya a una sesión para dar a conocer la página web.

Semanalmente se revisa el correo donde se vuelcan las sugerencias de los cuidadores/usuarios y se ha establecido que mensualmente se incluirán nuevos contenidos para favorecer el dinamismo y que sea una página actualizada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1126 ===== ***

Nº de registro: 1126

Título
GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS: CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

Autores:
BANDRES PARDO NATALIA, MEGINO PEÑA VICTOR ENRIQUE, PUEYO GARCIA ROSA MARIA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BUCHACA PARDO NURIA, AGUELO FLORIA MARCOS, PUENTE CIRIA JAVIER, ORDUNA NAVAS MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cuidadores de pacientes dependientes
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Trás taller realizado en 2017 con cuidadores de la ZBS de Graus, se observó que aunque el porcentaje de participación es elevado (80%), el desplazamiento hasta el centro y la usencia del domicilio fueron algunos aspectos que tuvieron una valoración negativa.
Se propone como nuevo proyecto la realización de un blog que permita una una plataforma de información con los cuidadores y enlaces a otros lugares de interes tanto para el cuidado de su familiar como el propio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1126

1. TÍTULO

GRUPO DE APOYO A CUIDADORES DE ZONA BASICA DE SALUD DE GRAUS : CUIDANDO, CURANDO Y ALIVIANDO

autocuidado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Creación de un blog con información elegida por los componentes del equipo de trabajo.
- Potenciar el uso de esta herramienta en las visitas programadas a los domicilios.
- Aumento de conocimientos y aptitudes en el cuidado
- Disminución de sentimiento de dudas e inseguridad en los cuidadores.
- Disminución de sobrecarga en el cuidador

MÉTODO

- Presentación al EAP del Centro el Proyecto (objetivos, valores..)
- Obtención de listados de cartera de servicios de Inmovilizados y Dependientes de ZBS de Graus.
- Definir criterios de inclusión de los cuidadores (aptitudes físicas y posibilidades técnicas..tener acceso a internet... dispositivo para conexión.....)
- Selección de test valoración sobrecarga del cuidador.
- Enseñanza al EAP del Blog, ruta de conexión al mismo para la transmisión de esta información a los cuidadores/familiares.(3 sesiones)
- Creación de encuesta de evaluación de uso de blog para cuidadores .
- Creación de encuesta evaluación por cupos del EAP de oferta del blog.

INDICADORES

- Porcentaje de cuidadores a los que se ha enseñado el manejo del Blog en el domicilio <50 - 80 %
- Porcentaje de cuidadores que han valorado positivamente la información y han incorporado técnicas / recursos materiales para mejorar el cuidado < 40 - 80%
- Porcentaje de reducción de nivel de sobrecarga valorado según test elegido / nivel de calidad de vida

DURACIÓN

- Presentación de Proyecto al EAP (Mayo 2018)
- Obtención listados de Servicio de Inmovilizados y Dependientes(Junio18)-
- Creación de criterios de inclusión de cuidadores(junio 2018)
- Blog realizado y disponible para ser ofertado en Internet(Agosto 2018)
- Enseñanza del manejo en domicilios a cuidadores (Agosto, Sept, Oct, Nov, 2018)
- Pasarse encuestas de evaluación a cuidadores y componentes del EAP.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1397

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ESTHER MARIA PERALTA RUFAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS GRAUS
· Localidad GRAUS
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AGUELO FLORIA MARCOS
BANDRES PARDO NATALIA
ORDUNA NAVAS MARIA
PUEYO GARCIA ROSA
SIRVENT MAZARICO IGNACIO
CAVERO TOLOSA ANA MARIA
FERRER ASIN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Inicialmente se realizó una reunión del EAP para crear el grupo de trabajo y presentar el proyecto. Una vez formado el grupo, se realizaron varias reuniones del equipo del proyecto para programar las actividades a realizar.

Nos pusimos en contacto con los siguientes colegios de la zona, para presentar el proyecto: Colegio Joaquín Costa de Graus, CRA Baja Ribagorza y Colegio Cerbín de Campo, obteniendo respuesta favorable a realizar la actividad por parte del CRA Baja Ribagorza y del Colegio Cerbín de Campo. Programamos conjuntamente con la dirección de esos colegios las fechas de realización de los talleres, y les proporcionamos material escrito y audiovisual para prepararlo con los alumnos antes de nuestra formación presencial. Dividimos a los alumnos por grupos de edad, creando los siguientes:

En el CRA Baja Ribagorza nos desplazamos a:

- Lascaurre. Dos grupos de niños: De 3 a 6 años y de 7 a 11 años.
- Capella, acudiendo allí los niños de la Puebla de Roda también. Dos grupos de niños: De 3 a 6 años y de 7 a 11 años.
- La puebla de Castro. Dos grupos de niños: De 3 a 6 años y de 7 a 11 años.

En el Colegio Cerbín de Campo hicimos 3 grupos: Niños de 3 a 6 años, niños de 7 a 11 años y niños de 12 y 13 años.

Posteriormente realizamos varias reuniones del equipo para preparar el temario y ensayar la metodología. Las fechas acordadas en cada colegio, realizamos los talleres teórico-prácticos, de entre 1-2 horas de duración, con apoyo de material audiovisual y canciones acompañadas a la guitarra; además de un peluche que trajo cada alumno. Adaptamos el contenido de cada taller a la edad de los alumnos que lo recibieron. Los temas tratados fueron cómo reconocer una situación de emergencia, saber pedir ayuda/llamar al 112, posición lateral de seguridad, atragantamientos y RCP básica.

Por último, proporcionamos todo el material a los profesores, para que pudieran reforzar los conceptos posteriormente al taller y también, si lo deseaban, repetir la formación periódicamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de niños participantes fue mayor del 80% en todos los centros y grupos realizados. El grado de satisfacción del alumnado así como del profesorado fue elevado. Como puntos a mejorar/posibles líneas para continuar trabajando, recibimos la propuesta de varios profesores de realizar talleres dirigidos a ellos, cosa que valoraremos en próximos cursos. Comprobamos asimismo, tanto mediante preguntas como casos prácticos, el aprendizaje correcto de los conceptos alcanzado por los alumnos al finalizar los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se trató de una experiencia muy gratificante, dado que vimos que el aprendizaje de los conceptos clave por parte de los alumnos fue muy fácil al haber trabajado previamente los profesores los materiales con ellos, y al realizar el taller de forma práctica mediante material audiovisual y canciones.

Como aspectos pendientes quedaría ofertar nuevamente la actividad al colegio del que no recibimos respuesta favorable para realizarlo; y recordar al resto de colegios que repasen al menos anualmente esta metodología y estos conceptos con los niños, existiendo la posibilidad de volver a realizar los talleres presenciales por nuestra parte de forma periódica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1397 ===== ***

Nº de registro: 1397

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1397

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

Autores:

PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, AGUELO FLORIA MARCOS, BANDRES PARDO NATALIA, ORDUNA NAVAS MARIA, PUEYO GARCIA ROSA, RIAZUELO RAPUN CLARA, CAVERO TOLOSA ANA MARIA, FERRER ASIN MARIA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: CS GRAUS

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Prevención y formación sanitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los primeros auxilios salvan vidas. Son técnicas que cualquier persona, independientemente de su edad, tiene la capacidad de aprender y poner en práctica. La actuación inmediata tras un accidente o situación de emergencia se ha demostrado que mejora mucho el pronóstico de la víctima, por ello, si los niños aprenden cómo actuar en estas situaciones desde la edad escolar, no tendrán miedo ni dudas a la hora de hacerlo en caso de necesidad cuando tengan la edad necesaria o bien se encuentren guiados por el centro coordinador de emergencias de forma telefónica.

La población infantil posee una gran capacidad de aprendizaje y motivación, por ello planteamos a los colegios de la zona la posibilidad de formar a los niños en estos contenidos, dado que acudiendo al centro escolar tenemos acceso a la mayoría de la población susceptible de recibir esta formación y posibilitando que estas actividades de realicen de forma periódica, de manera que la adquisición de conocimientos sea progresiva y duradera.

RESULTADOS ESPERADOS

La actividad propuesta está orientada a escolares de educación primaria de los centros de la zona de salud perteneciente a nuestro CS Graus.

Se ha contactado con los colegios de la zona, y, en aquellos centros en los que los alumnos están mezclados por edades y el número de los mismos es menor, se ampliará esta formación al segundo ciclo de educación infantil. El objetivo fundamental es que los alumnos conozcan el concepto de primeros auxilios, sepan activar los servicios de emergencia disponibles cuando éstos sean necesarios, y cómo actuar en dichas situaciones. Éstos deberán aprender: Cómo llamar correctamente al 112, cómo distinguir si una persona está inconsciente, la posición lateral de seguridad, cómo actuar ante un atragantamiento y qué son y cuándo comenzar las maniobras de RCP básica.

MÉTODO

-Reunión en el EAP para crear el grupo de trabajo y presentar el proyecto.

-Contacto con la dirección de los colegios de la zona, inicialmente para presentar el proyecto:

oColegio Joaquín Costa de Graus

oCRA Baja Ribagorza

oColegio Cerbín de Campo

Por el momento hemos obtenido respuesta favorable del CRA Baja Ribagorza y del Colegio Cerbín de Campo.

Posteriormente se programará la fecha de realización de los talleres presenciales y se repartirán los alumnos en grupos pequeños para trabajarlos.

-Reunión del equipo del proyecto para preparar el temario y la metodología por la que se desarrollará la formación.

-Realización de los talleres teórico-prácticos, de entre 1-2 horas de duración, con apoyo de material audiovisual y canciones, y un peluche que deberá traer cada alumno. Se adaptará el contenido de cada taller a la edad de los alumnos que lo reciban.

-Por último, se proporcionará el material a los profesores, para si lo desean, puedan repetir la formación periódicamente o reforzar los conceptos posteriormente al taller.

INDICADORES

- Número de niños participantes/total de niños del centro X100 (>ó= 80%)

- Encuestas de satisfacción y puntos de mejora a profesorado del centro escolar

- Preguntas a mano alzada al finalizar los talleres para comprobar el aprendizaje de los alumnos

DURACIÓN

Reunión y diseño de actividades: Abril - Mayo 2019

Realización de talleres: Mayo - Junio 2019 (fechas por concretar)

Evaluación y Análisis de resultados: Junio - Julio 2019

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1397

1. TÍTULO

APRENDIENDO PRIMEROS AUXILIOS DESDE EL COLEGIO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0635

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA ASCENSION GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Acceso bimensual al CMD en sesion de equipo.
- Sistematizacion del acceso al CMD en la consulta programada DM.
- Sesion EAP y direccion :revision resultados cotrato programa 2017.
- Sesion EAP actualización de las nuevas aplicaciones de la herramienta el CMD.
El calendario de actividades se ha cumplido con un margen de tiempo aceptable al programado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- El nº de sesiones de EAP del CMD ha sido de cinco, con la participacion, en al menos una ocasión, de cada uno de los profesionales.
- Los pacientes con HbA1c en rango ha aumentado respecto año anterior.
- Los pacientes con retinografia realizada, tanto en AP como en especializada, han incrementado su registro en la HC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Aceso sistematico en las consultas programadas DM.
- Utilidad en el mejor seguimiento y resultados en el paciente diabetico.
- Actualizar periodocamente el manejo de las nuevas aplicaciones por parte de todo el personal del EAP.

7. OBSERVACIONES.
_ El desconocimiento de la fecha concreta en que se realiza la actualización los datos volcados, resta operatividad a la herramienta.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/635 ===== ***

Nº de registro: 0635

Título
MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

Autores:
GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, BERNUES SANZ GUILLERMO, GARCIA SEGURA ENRIQUETA TERESA, GALINDO SERRANO IZARBE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Diabetes (prevención de la retinopatía y manejo del pie diabético)
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Detección y priorización: Transcurridos unos meses desde la presentación del cuadro de mando de diabetes, se constata la poca adherencia a la herramienta en el seguimiento de los pacientes diabéticos.
Causas: falta de destreza en su manejo, conexiones telemáticas lentas en los consultorios locales, no integración en las actividades diarias.
Importancia/ utilidad: proporciona información de calidad en el seguimiento del paciente diabético. Permite un mejor seguimiento del enfermo diabético.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0635

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IMPLEMENTACION Y EXPLOTACION DEL CUADRO DE MANDOS DE DIABETES DEL CS LAFORTUNADA

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General: Mejorar los resultados en salud en el paciente diabético .

Objetivos Secundarios:

- Implementar entre los profesionales el uso del Cuadro de Mandos de Diabetes.
- Mejorar el registro en OMI, del seguimiento del paciente diabético.
- Supervisar la adherencia a las pruebas complementarias.
- Aumentar el porcentaje de pacientes con Hbna Alc en rango.
- Mejorar el perfil en URM de los pacientes diabéticos.

MÉTODO

- Consulta, al menos mensual, por parte de cada profesional, del C.M. de Diabetes.
- Realización de sesiones de Equipo con revisión del Cuadro de Mandos de Diabetes (bimensual).
- Identificación de pacientes diabéticos con deficits de registro en el seguimiento.
- Elaboración de listados desagregados por cupos de pacientes diana y contacto telefónico/ correo@ / Wasap para su captación y cita.

INDICADORES

- N° de sesiones clínicas del Equipo en el periodo (anual)
- Pacientes con HbA1c en rango/ Total de pac diabéticos x100
- Pacientes con Retinografía realizada/Total pac diabéticos x100

Obtención de datos de resultados desde el cuadro de mano de diabetes con carácter bimestral.

DURACIÓN

Comienzo: 1 de agosto de 2016. Finalización: 31 de Julio de 2017.

Cronograma:

- Agosto: reunión del EAP, detección y priorización del problema, análisis del problema priorizado.
- Septiembre: diseño del cambio y acciones de mejora.
- Octubre/noviembre: inicio de las acciones de mejora necesarias.
- Diciembre/Enero: monitorización del proceso.
- Febrero: reevaluación para verificar las medidas propuestas.
- Marzo/Junio: aplicar las acciones de mejora propuestas.
- Julio: monitorización del proceso. Resultados.

OBSERVACIONES

Se trata de integrar el uso de la nueva herramienta, sistemáticamente, en la actividad asistencial de los profesionales que atienden al paciente diabético, creando un Ciclo de Mejora Continua de la Calidad en la atención al usuario.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1586

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE GUILLERMO BERNUES SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRACIA MARCO MARIA ASCENSION
GALINDO SERRANO IZARBE
THACCO VELARDE MAGALY
HERRAIZ VILELLAS MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Videoconferencia mensual de los miembros del EAP de Lafortunada con los profesionales de la U.S.M. del Sector Barbastro.
Consultas con los pacientes previas a cada videoconferencia. En su caso, cita y consultas posteriores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han monitorizado un total de 19 pacientes con trastornos mentales y del comportamiento.
Se han realizado un total de 10 videoconferencias.
Ha permitido una mejora importante en la calidad del seguimiento de este tipo de patologías.
Ha lanzado de modo claro una colaboración entre primaria y especializada, en este caso la U.S.M. permitiendo un mejor abordaje clínico y farmacológico de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Un programa fundamental en este tipo de patologías.
Pacientes acostumbrados a su médico de familia como interlocutor intermedio con el especialista en el caso de dudas o mala evolución.
Muy buena acogida del programa entre los pacientes.
Programa para seguimiento en años sucesivos

7. OBSERVACIONES.

Alguna videoconferencia perdida por problemas técnicos.(2)

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1586 ===== ***

Nº de registro: 1586

Título
ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Autores:
BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION, GALINDO SERRANO IZARBE, THACCO VELARDE MAGALY

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

USM del Sector con elevada demanda y tiempos de primera evaluación elevados.
Dificultades de coordinación Primaria/ especializada
Incertidumbres en el manejo del seguimiento de los pacientes con patología psiquiátrica severa.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1586

1. TÍTULO

ENTORNOS COLABORATIVOS EN SALUD MENTAL CON APOYO TIC. PROYECTO MASTERMIND. CONSOLIDACION

Mejorar calidad del cuidado de los pacientes de la Unidad de Salud Mental (USM)
Reducir número de interconsultas y de derivaciones de los Centros de Salud (CS) a las USMs
Reducir número de consultas presenciales en las USMs
Fortalecer capacidades de los equipos de AP en el tratamiento de trastornos mentales
Mejorar equidad en el acceso a los servicios de los pacientes
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

MÉTODO

Sesión de videoconferencia USM/ CS Lafortunada mensual. El primer jueves de cada mes.(12 año)
Profesionales de la U.S.M. Del Sector
E.A.P. del C.S. Lafortunada
Profesionales implicados en el Proyecto Mastermind
Unidades de videoconferencia.

INDICADORES

Número de sesiones realizadas en 12 meses
Número de profesionales participantes/ año
Número de pacientes en seguimiento/ año

DURACIÓN

Plurianual.
Seguimiento por la dirección

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1587

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE VALENTIN RUIZ ALMENARA

- Profesión MEDICO/A
- Centro CS LAFORTUNADA
- Localidad LAFORTUNADA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GALINDO SERRANO IZARBE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Izarbe y Valentin; Curso de Ecografia en A.P. APF016/17

Recibimiento de ecografo en CS Ainsa (Compartido)

Realización de Ecografia Tiroidea (1), abdominal(2), Rodilla(1)+Seguimiento(1), Vascular (1) + seguimiento(1),

Genital (1) + seguimiento(1).

9 Ecografias 1 mes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Seguimiento clínico con herramienta radiológica de los pacientes que lo han requerido del CS Lafortunada y que actualmente se encuentran en tratamiento de diversas patológicas

-Desarrollo profesional

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Pendiente de sesion de reversion en CS. Al finalizar Curso.

-Formalización de Curso básico y avanzado de ecografia clinica y aplicabilidad (taller) para EAP (medicina y enfermeria).

-Dificultad Importante por la necesidad de desplazamiento fuera de zona de salud y franja horaria.

-Dificultad para intercambio, aprendizaje y experiencia compartida por el motivo previo.

7. OBSERVACIONES.

Pendiente de asignación de ACTO - AGENDA Y FORMALIZACION ANTE EL: desplazamiento a otro CS, indispensable que sea fuera de horario laboral y zona de salud asignada.

Pendiente de Ubicación del aparataje, cuarto oscuro para mejorar calidad de imagen, donde no afecte otras actividades y que se encuentre seguro, bajo llave para que no corra peligro de daño accidental.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1587 ===== ***

Nº de registro: 1587

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN EL C. S. LAFORTUNADA

Autores:
RUIZ ALMENARA VALENTIN, GALINDO SERRANO IZARBE, BERNUES SANZ GUILLERMO, GRACIA MARCO MARIA ASUNCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

- Sexo: Ambos sexos
- Edad: Todas las edades
- Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
- Otro Tipo Patología: Patología abdominal y osteomuscular
- Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
- Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
- Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Demora en la realización de ecografías en nuestro Sector.

Descarga del volumen de petición pruebas de imagen diagnósticas a rx

Prueba diagnóstica inocua.

Mejora de la capacidad diagnóstica y de la pertinencia de las derivaciones.

Optimización de costes.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1587

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA CLINICA EN CS LAFORTUNADA

Apoyo al diagnóstico.
Mejora de los tiempos de espera.
Derivación orientada.
Satisfacción del usuario.
Satisfacción del profesional

MÉTODO
Adquisición de ecógrafos para AP.
Formación en Ecografía para médicos de AP
Oferta de la ecografía diagnóstica en AP en cartera de servicios

INDICADORES
Número de ecografías realizadas en los 6 primeros meses tras la implantación.
Número de profesionales formados

DURACIÓN
Plurianual.
Seguimiento por la dirección de Sector

OBSERVACIONES
Dependiente de la adquisición de ecógrafo.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
GARCIA SEGURA ENRIQUETA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Realizacion de tres sesiones clinicas del EAP para informar de la puesta en marcha del proyecto y su seguimiento.
- Elaboracion de un archivo, con las correspondientes hojas de informacion al paciente para la preparacion de cada prueba radiologica especifica. Acceso informatico en : comun - no iso - preparacion paciente pruebas radiologicas.
- Diseño del procedimiento operativo de la citacion: desde su solicitud, instrucciones de la preparacion, citacion, realizacion e informe recibido.
El cumplimiento del cronograma de ha ido adaptando a las nuevas incorporaciones de personal

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
El resultado alcanzado ha superado el standard, con los datos indirectos explotados.

La fuente de los resultados alcanzados, ha sido la emision de los correspondientes informes de las pruebas solicitadas en HCE. Sin mas datos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-Aplicar la metodologia de citacion escrupulosamente, en todos los casos q se pueda, ya q no siempre hay agendas disponibles en el momento de solicitud de la prueba.
- Actualizar periodicamente las novedades en las citaciones y preparaciones.
-Como impacto del proyecto resultaria util un canal de comunicacion directo desde radiologia del hospital con el CSalud para la trasmision de las incidencias acahecidas en los casos concretos. Con el fin de mejorar el proceso.
- Podria constituirse como PO (procedimiento operativo ISO) del sector.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/51 ===== ***

Nº de registro: 0051

Título
CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:
GRACIA MARCO MARIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, RUIZ ALMENARA VALENTIN, GARCIA SEGURA ENRIQUETA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: varias
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0051

1. TÍTULO

CORRECTA PREPARACION DEL PACIENTE EN LA REALIZACION DE PRUEBAS RADIOLOGICAS DERIVADAS DESDE ATENCION PRIMARIA

La creación de nuevas agendas en AP para la citación de pruebas radiológicas en el servicio de radiología del H Barbastro, requiere de la asignación horaria indicada, así como de la información al paciente sobre la correcta preparación para la realización de la prueba radiológica. Las mejores condiciones del paciente, repercutirán en la mayor calidad de las imágenes, facilitando la correcta interpretación de las mismas.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana será : todos aquellos pacientes del CS que se les solicite una prueba radiológica de imagen en el H Barbastro y en el CE Monzón.

1. Objetivo general:

- Todas las citas de las pruebas radiológicas citadas desde AP constarán del : volante de solicitud, del documento de la cita y de la hoja de preparación de la prueba específica.

2. Objetivo Específico:

-El profesional que entregue la documentación de la cita radiológica al paciente, deberá de informar exhaustivamente del lugar, día y hora así como de la correcta preparación a realizar previamente a la prueba.
- Educar a los paciente sobre la importancia de su implicación en el proceso para la consecución exitosa de los resultados de las pruebas.

MÉTODO

- En sesión de EAP informar a todos los profesionales del CS de la nueva oferta de servicio desde AP y su correcta realización.

- Diseñar un proceso operativo de citación a radiología desde AP.

- Elaborar un archivo con las hojas de preparación de cada prueba radiológica con la información escrita a los pacientes. El acceso en -común-no iso en todos los ordenadores de los profesionales del CS.

INDICADORES

- N° de pruebas radiológicas citadas en AP y realizadas correctamente/N° pruebas radiológicas citadas en AP x 100

- N° pruebas radiológicas citadas en AP y no realizadas/N°pruebas radiológicas citadas en AP x100

- Registro de incidencias en el procedimiento operativo de citación de pruebas radiológicas.

Fte datos. OMI buzón de Ordenes clínicas pendientes, donde se reciben los resultados de las OC solicitadas

DURACIÓN

Comienzo: 1 marzo 2018. Finalización 31 diciembre 2018

Cronograma:

Marzo : Sesión de EAP presentando el proyecto a los profesionales.

Abril: Diseño del Procedimiento operativo

Mayo: Inicio de las acciones

Junio: Monitorización del proceso

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA GRACIA MARCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
ABRIL ESCO MARIA REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado dos sesiones formativas en el EAP exponiendo la metodología a seguir para cumplimentar el Plan de Intervención del PCC
- Se han realizado dos sesiones semestrales de revisión de casos de PCC con PI creado, sin participación de personal de AC.
- Se ha definido la población diana y cuantificado según datos de la DGAP
- Se ha sistematizado el registro del PI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador I: nºPCC con PI /nº PCC incluidos en programa
Indicador II. nº de IC a UCC resueltas virtualmente/nº IC a UCC
Fte datos: OMI, HCE, Resultados de AG

Resultados :

Indicador I ha alcanzado el estándar del 70% propuesto, se ha elaborado un PI, aunque hemos observado q no todos los PI cumplen la metodología definida. Por lo que para el próximo año definiremos un tercer indicador que mida la metodología utilizada en el registro del PI.
Indicador II No se ha logrado alcanzar el estándar fijado del 50% . Hemos valorado que al tratarse de Pacientes crónicos con seguimiento en la UCC, necesitan en la mayoría de las ocasiones derivación presencial del paciente a la unidad. Con lo cual modificaremos el estándar a cumplir en próximos años.
El impacto del proyecto ha sido bien acogido por el EAP al tratarse de una ayuda metodológica en el registro y seguimiento de las visitas realizadas a estos pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Añadiremos un tercer indicador
INDICADOR III: nºPCC con PI según metodología definida/nº total PCC incluidos en el programa
INDICADOR II ESTÁNDAR : 30% de las IC a la UCC se resolverán de manera no presencial

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/701 ===== ***

Nº de registro: 0701

Título
ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
GRACIA MARCO MARIA, GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ, ABRIL ESCO MARIA REYES, LEGIDO CHAMARRO EVA, LARDIES BESCOS PATRICIA, BERNUES SANZ GUILLERMO, SARASA AQUILUE SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Crónica compleja bio-psico-social
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0701

1. TÍTULO

ELABORACION DEL PLAN DE INTERVENCION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

PROBLEMA

Con el fin de ofrecer la maxima accesibilidad a los pacientes y sus cuidadores al EAP, para minimizar sus descompensaciones y eventos adversos, mejorando la calidad de vida. Se pretende ofrecer una atencion individualizada, continuada y multidisciplinar al paciente cronico complejo.
Desde la implantacion de este programa estamos trabajando con la incorporacion de nuevas herramientas que debemos implementar a nuestra metodologia asistencial.
Detectamos como Pto Critico relevante la falta de sistematica e infrautilizacion del protocolo del plan de intervencion de OMI en el PCC

RESULTADOS ESPERADOS

- OBJETIVO GRAL: Elaborar y actualizar el PLAN DE INTERVENCION del paciente cronico complejo
- OBJETIVOS ESPECIFICOS: establecer, consensuar y priorizar las diferentes intervenciones a seguir en el tto y seguimiento del PCC

MÉTODO

- Cada miniequipo (medic-enfer) definira la poblacion diana de PCC de su cupo, siguiendo las diferentes herramientas de captacion. Siendo este un proceso dinamico en el tiempo.
- Al finalizar la valoracion y estratificacion del PCC, se elaborara de forma conjunta y consensuada (EAP, paciente-familia, hospital, servicios sociales..) el plan de intervencion (PI)
- El PI constara de : objetivos terapeuticos, plan de cuidados, definicion de signos-sintomas de alarma de descompensacion de la enfermedad, primeras actuaciones ante los signos de alarma, recomendaciones de autocuidado, seguimientos necesarios, intervenciones sociales, aceptacion del nivel de intervencion por parte del paciente o/y su cuidador.
- Sistematizar el registro en la HCE tras cada revision clinica que suponga una modificacion del PI
- La revision del PI se realizara ante cambios en su estado de salud o en la situacion sociofamiliar o tras el alta hospitalaria.
- Se realizara dos sesiones formativas de equipo, donde se expondra la metodologia a seguir. Continuaremos con una sesion clinica mensual de revision de casos de PCC donde participe Atencion Continuada. En la reunion semanal del EAP se hara referencia a la revision de los casos PCC q asi lo requieran.

INDICADORES

INDICADOR I: n° PCC con plan de intervencion elaborado en AP/ n° PCC incluidos en programa x100
STANDAR: EL 70% de PCC tendra un PI elaborado
INDICADOR II: n° de interconsultas a la UCC resueltas no presencialmente/n°total de interconsultas a la UCC x100
STANDAR: El 50% IC a UCC se resolveran de manera no presencial
Fte datos:OMI, HCE

DURACIÓN

-INICIO : Abril 2019, seguimiento continuo.

CRONOGRAMA:

ABRIL realizaremos dos sesiones formativas: captacion PCC
MAYO sesion formativa I elaboracion PI
JUNIO sesion formativa II elaboracion PI
JULIO sesion clinica elaboracion- revision casos PCC con AContinuada
SEPTIEMBRE muestreo n°PCC con PI
OCTUBRE-NOVIEMBRE-DICIEMBRE sesion clinica revision casos PCC con PI. Recoger incidencias detectadas en el proceso.
EVALUACION
- Evaluacion trimestral de n°casos PCC con PI elaborado, mediante muestreo.Comunicacion al EAP de los resultados.
- Evaluacion a 31/12 /19 del % PCC con PI elaborado

OBSERVACIONES

Es un diseño q hemos creado para uso interno en nuestro CS segun las directrices de las lineas estrategicas del SALUD

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1451

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA REYES ABRIL ESCO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS LAFORTUNADA
· Localidad LAFORTUNADA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LARDIES BESCOS PATRICIA
GRACIA MARCO MARIA
SARASA AQUILUE SILVIA
ROJAS VERA ADRIANA
BERNUES SANZ GUILLERMO
GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ
LEGIDO CHAMARRO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hablado con los maestros de los colegios de Saravillo, San Juan de Plan, Plan y Gistaín, acordando que días antes hablarán sobre salud y seguridad con los niños.

Acordar con el técnico de ambulancia convencional (SVB) de la zona del valle de Chistau se a enseñarles el interior de la ambulancia y explicarles su función.

Solicitar autorización a la junta de andalucía para poder utilizar el libro " Marcela la enfermera visita la escuela"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Antes de las vacaciones de Semana Santa se ha establecido el día que se acudirá a cada colegio, coordinando los tiempos de consultas y disponibilidad del técnico de SVB

Se ha obtenido la autorización para el uso del contenido del libro " Marcela la enfermera visita la escuela"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto tenía el claro objetivo de poder realizarse el año 2019, pero conseguir coordinar a todo el personal involucrado en la actividad ha sido complicado, por diferentes motivos (vacaciones del personal, enfermedad, guardias del técnico, traslado o fin de contrato de algunos de los participantes...) . Es por ello que, tras pasar el periodo invernal dónde las faltas de alumnos y/o profesores son más comunes (enfermedades víricas, procesos febriles...), se crea el calendario a partir de finales de Febrero-Marzo para cumplir los objetivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1451 ===== ***

Nº de registro: 1451

Título
IMPLANTACION DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DE VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

Autores:
ABRUL ESCO MARIA REYES, LARDIES BESCOS PATRICIA, GRACIA MARCO MARIA, SARASA AQUILUE SILVIA, ROJAS VERA ADRIANA, BERNUES SANZ GUILLERMO, GIMENEZ DE MARCO BEATRIZ, LEGIDO CHAMARRO EVA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS LAFORTUNADA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: EpS en la Escuela
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1451

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

PROBLEMA

Un 80% de las PCR extrahospitalarias ocurren en presencia de testigos, en muchas ocasiones niños, siendo clave en los índices de supervivencia el inicio precoz de estas maniobras de RCP básica .
En España existe el Real Decreto 126 de 28/02/2014, donde se incluye en el currículum de educación primaria la enseñanza de primeros auxilios y dentro de ella la RCP básica.
El acceso a la población en núcleos rurales donde el acceso a servicios de atención de Urgencias de soporte vital avanzado es tardío dada la dispersión geográfica de los Valles de Bielsa y Chistau, la actuación precoz es fundamental, es más cercano y sencillo desde los equipos de salud .
Si los niños aprenden e interiorizan sin temor, sin dudas y sin prejuicios las técnicas de RCP básica, incrementará las probabilidades de supervivencia de las personas que sufran una PCR presenciada por ellos.
Introducir estas técnicas de estas enseñanzas a los niños escolarizados dentro de las actividades de Intervención Comunitaria de la Enfermera de AP
así ir logrando integrar las actividades sanitarias y docentes, potenciando la concepción de comunidad y la eficiencia dado su menor coste al ser llevado a cabo por profesionales sanitarios en su horario laboral.

RESULTADOS ESPERADOS

La población diana serán los niños/as de Educación infantil y Educación primaria de 2 a 12 años
Objetivo General: Capacitar a niños de 3 a 12 años para que sean capaces de actuar eficazmente ante una Parada Cardiorrespiratoria o atragantamiento y la transmisión de lo aprendido a su entorno más cercano.
Objetivos Específicos:
- En Educación Infantil y primeros ciclos de Primaria sabrán identificar una inconsciencia, pedir ayuda a un adulto y marcar el teléfono de emergencias 112. Seguir el orden ABC y masaje cardíaco de forma adecuada a su edad.
- En últimos ciclos de primaria, ESO y Bachiller identificarán inconsciencia, alertarán correctamente al 112, si respira posición lateral de seguridad (PLS) y si no respira con normalidad iniciarán un correcto masaje cardíaco hasta signos de vida o llegada de ayuda especializada.
En caso de atragantamiento: realizarán la maniobra de HEIMLICH.

MÉTODO

ACTIVIDADES:

- Se realizará una reunión con los profesores de los colegios del Valle de Chistau para explicar el proyecto y solicitar su colaboración.
- Se establecerán los días adecuados a cada uno de ellos para impartir la formación
- Pretest y post test de 4/6 preguntas básicas para valorar los conocimientos adquiridos o reforzados en cada alumno.
- Un taller teórico -práctico de 30 minutos de duración máximo en cada colegio.

METODOLOGÍA:

- 1- Elaboración de la metodología para educación infantil y primer ciclo de educación primaria creado por La junta de Andalucía de un libro titulado " Marcela la enfermera visita la escuela" utiliza un texto en forma de rima e ilustraciones aproxima a los pequeños a situaciones de peligro, enfermedad y primeros auxilios.
2. Con una sencilla canción les enseñarles cómo actuar ante una emergencia.

INDICADORES

Debemos tener en cuenta que se trabaja con niños, lo que significa que por motivos de salud u otros no todos los inscritos estén presentes.
Indicador de Proceso: alumnos que reciben la formación
Nº de alumnos que realiza el taller/ /Total de alumnos en cada colegio x 100
Indicador de Resultado: Conocimientos básicos adquiridos en el taller
Estándar: 80 - 85%
Nº de alumnos que responden de 4-6 preguntas correctas del post-test/ /Total de alumnos por taller impartido x 100
Estándar: 80-85%

La evaluación se valorará con la encuesta de 4-6 preguntas (Según la edad de los niños/as) relacionadas con el taller.

DURACIÓN

Fecha inicio del proyecto: 26 Abril de 2019
Fecha de fin del proyecto: 15 de Junio 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1451

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN PROYECTO EDUCATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR BÁSICA EN LOS CENTROS ESCOLARES Y CENTROS CULTURALES DEL VALLE DE BIELSA Y VALLE DE CHISTAU

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1384

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

Fecha de entrada: 19/02/2018

2. RESPONSABLE PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
JUAREZ CASTELLO PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión para formar un grupo de trabajo.

Curso para dejar de fumar iniciado el 27 de Septiembre 2017, fueron 5 sesiones realizadas por la enfermera Patricia Betrian y un psicólogo de la Asociación Española contra el cáncer.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se pudo formar grupo de trabajo ya que no había nadie del Equipo de Atención Primaria interesado en formar parte, así que el proyecto fue llevado a cabo de forma individual por la enfermera Patricia Betrian.
Los resultado del curso para dejar de fumar fueron muy positivos, de las 20 personas realizaron el curso 16 y 8 personas dejaron de fumar definitivamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este proyecto me ha abierto los ojos, la gente está receptiva a la educación sanitaria, esta interesada en temas y hábitos saludables. Esto nos abre muchos abanicos de trabajo a los sanitarios para conseguir una población más saludable.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1384 ===== ***

Nº de registro: 1384

Título
INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

Autores:
BETRIAN HERRERA PATRICIA, FERRER SANZ MARIA JOSE, JUAREZ CASTELLO PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Debido a la reunión realizada el día 15 de Mayo 2017 nos hemos dado cuenta de la importancia de la actividad comunitaria en la zona de salud, aunque siempre hemos realizado cosas puntuales (consejo de Salud, charlas de alimentación, visita guardería,...)nunca hemos dado constancia de ello. Así con este proyecto pretendemos visualizar nuestro trabajo.

RESULTADOS ESPERADOS
Establecer un grupo de trabajo
Establecer cronológicamente los pasos a seguir en el proyecto.
Conocer las necesidades de la zona de Salud.
conocer las actividades que se realizan en la zona.
Crear confianza
Aumentar conocimientos de la población, para disminuir la demanda sanitaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1384

1. TÍTULO

INICIAR PROYECTO DE ATENCION COMUNITARIA EN EL C.S.MEQUINENZA

MÉTODO

sesión sobre la actividad comunitaria.

INDICADORES

Disminución de la demanda sanitaria en procesos que hemos trabajado.

DURACIÓN

Aún por definir

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE FERRER SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GOMEZ REQUENA ANGEL
JUAREZ CASTELLO PILAR
MENDOZA ESCUER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
peticiones analíticas por map o enfermera cupo, peticiones realizadas según programas OMI, ajustar peticiones especialistas a peticiones map en items y tiempo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Sin tener cifras exactas es difícil valorar los resultados, seguiremos con este mismo sistema. pendiente de resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Por una parte el que todas las analíticas tengan que pasar por map es una sobrecarga de trabajo para los mismos, por otra es una manera de tener mayor nº de analíticas realizadas sin necesidad de hacer múltiples extracciones al mismo paciente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1459 ===== ***

Nº de registro: 1459

Título
GESTION DE ANALITICAS

Autores:
FERRER SANZ MARIA JOSE, GOMEZ REQUENA ANGEL, JUAREZ CASTELLO PILAR, MENDOZA ESCUER INMACULADA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se ha detectado un aumento considerable en el número de extracciones analíticas, por un aumento en los días de espera, también analíticas repetidas en poco tiempo al mismo paciente solicitadas por diferentes profesionales, esto supone un gasto en recursos y una mala asistencia a los pacientes por repetición de pruebas.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir en número de analíticas, haciendo que toda petición sea gestionada a través de médico/enfermera de cupo, para adaptarla también a los programas en los que se incluye al paciente. Esta actuación está dirigida a toda la población mayor de 14 años de la ZBS.

MÉTODO
- Desde admisión toda analítica de especialista deberá ser dirigida a profesionales cupo.
- Toda analítica deberá ser solicitada teniendo en cuenta no solo el programa en que se incluye el paciente sino también las posibles revisiones médicos especialistas.
- En reuniones EAP se habla, se decide y se repasa este plan.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1459

1. TÍTULO

GESTION DE ANALITICAS

INDICADORES

nº analíticas 2018/ nº analíticas 2017.

Valorar la disminución del nº analíticas: valores a alcanzar 20% menos.

DURACIÓN

Desde 1 junio 2018 a 31 diciembre 2018.

Revisiones mensuales en reuniones EAP para valorar el desarrollo del proyecto y la dificultad que supone.

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 - 2019/0073

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE VANESSA BARRERO MUÑOZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERO SANTIAGO LIDIA
NAVARRO ARIBAU MONTSE
CALDERON SANCHEZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A) Periodicidad de la revisión: Se ha cumplido 100% el plazo establecido para cada revisión rutinaria.

Revisión del funcionamiento de los aparatajes: mensual.

Incluida Revisión por electromedicina, se mandó a cambiar el cargador de reserva del DESA y se repuso por uno nuevo.

Control de la temperatura de las neveras: alcanzado un 90%.

Revisión de las balas de oxígeno: alcanzado un 100%

B) Registro de la actividad: se ha realizado un nuevo anexo para anotar revisiones e incidencias.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

90%. Se realizo el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la calidad y rapidez en la atención recibida por parte de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/73 ===== ***

Nº de registro: 0073

Título
ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

Autores:
BARRERO MUÑOZ VANESSA, CALDERO SANTIAGO LIDIA, LABARTA GIL LUCIA, CALDERON SANCHEZ ROGELIO, NAVARRO ARIBAU MONTSE, CIUDAD BENITO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Garantizar la atención integral en todo momento asegurando la continuidad del proceso asistencial.

RESULTADOS ESPERADOS
Priorizar recursos y tiempo para proporcionar una adecuada respuesta a la urgencia en cualquiera de sus niveles.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0073

1. TÍTULO

ORGANIZACION Y GESTION DEL SERVICIO DE URGENCIAS

a) Responsable de la revisión: equipo sanitario (compuesto por médico y enfermera de guardia). Se encarga de asegurar el correcto funcionamiento del procedimiento de revisión y mantenimiento del material de urgencias.

b) Periodicidad de la revisión:
Control del número de unidades y caducidades de la medicación: cada 15 días.
Mantenimiento de los carros de medicación: mensual.
Revisión del funcionamiento de los aparatajes: mensual.
Control de la temperatura de las neveras: diario.
Revisión de las balas de oxígeno: cada 15 días.

c) ¿Qué revisar?
Control de existencia.
Control de número de unidades.
Control de caducidades.
Funcionamiento de aparataje.
Control de las balas de oxígeno.

d) Registro de la actividad: la realización quedará siempre registrada, recogiendo los siguientes datos: fecha, persona y aspectos revisados.

INDICADORES

Conseguir un objetivo >80% en cada uno de los puntos.

DURACIÓN

Mantenimiento y limpieza: revisión anual y duración indefinida.
Plan de comunicación: reunión en el centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.
Fecha prevista de iniciación: marzo 2019.
Responsable de implantación: el equipo de atención continuada.
Plan: el equipo de Atención Continuada se encargará que se lleve a cabo el registro de los procedimientos a seguir.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0074

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/01/2020

2. RESPONSABLE LIDIA CALDERO SANTIAGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MEQUINENZA
· Localidad MEQUINENZA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARRERO MUÑOZ VANESSA
NAVARRO ARIBAU MONTSE
CALDERON SANCHEZ ROGELIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

a) Periodicidad de la revisión: Se ha realizado de forma ANUAL en el taller de referencia MASIA (localidad Mequinenza) y no ha sido necesario pasar la ITV, dado que el vehículo es nuevo.

b) Registro de la actividad: se ha realizado un nuevo anexo para anotar revisiones e incidencias.

c) Repostaje del vehículo: Se ha conseguido realizar repostaje según indicadores fijados. Se seguirá manteniendo mismo método.

d) Limpieza: en septiembre por dentro y por fuera por el responsable del vehículo y en marzo por dentro y por fuera en el taller de referencia, coincidiendo con la revisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
90%. Se realizó el mantenimiento y la limpieza en las fechas previstas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha mejorado la calidad y rapidez en la atención recibida por parte de los pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/74 ===== ***

Nº de registro: 0074

Título
MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

Autores:
CALDERO SANTIAGO LIDIA, BARRERO MUÑOZ VANESSA, CALDERON SANCHEZ ROGELIO, LABARTA GIL LUCIA, NAVARRO ARIBAU MONTSE, CIUDAD BENITO MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MEQUINENZA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Garantizar una capacidad óptima de resolver los problemas de salud urgentes más prevalentes.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir un buen mantenimiento del vehículo para poder desarrollar nuestro trabajo de la forma más óptima, segura y cómoda para todos.

MÉTODO
a) Responsable de la revisión: equipo sanitario (compuesto por médico y enfermera), disponible el día que nos indiquen la revisión anual correspondiente; así como, en el momento que pueda aparecer cualquier problema y/o

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0074

1. TÍTULO

MANTENIMIENTO DEL EQUIPAMIENTO ADECUADO DEL COCHE DE URGENCIAS

incidencia.

b) Periodicidad de la revisión: Se realizará de forma ANUAL en el taller de referencia MASIA (localidad Mequinenza).
Pasar ITV cuando corresponda y posible reparaciones cuando procedan con el previo consentimiento del coordinador.

c) ¿Qué revisar?
Maletín de vía circulatoria y vía respiratoria.
Maletín de vía urinaria.
Maletín de curas y suturas.
Maletín de traumatología.
Control de las balas de oxígeno.

En todos los maletines se revisará:
Control de existencia.
Control de número de unidades.
Control de caducidades.

d) Registro de la actividad: la realización quedará siempre registrada, recogiendo los siguientes datos: fecha, persona y aspectos revisados.

e) Repostaje del vehículo: se realizará cuando quede un cuarto del depósito en la gasolinera situada en la Av de Mequinenza, 22590.
Se proporcionará el código del Salud y la matrícula del coche para realizar el albarán, que se depositará en la valija de admisión.

f) Limpieza: cada 6 meses por dentro y por fuera el primer día laborable del mes.

INDICADORES

Mantenimiento y limpieza: máximo una vez al año.

DURACIÓN

Mantenimiento y limpieza: revisión anual y duración indefinida.

Plan de comunicación: reunión en el centro de Salud a todo el equipo y exposición del proyecto.

Fecha prevista de iniciación: Marzo 2019.

Responsable de implantación: el Equipo de Atención Continuada.

Plan: el Equipo de Atención Continuada se encargará que se lleve a cabo el registro de los procedimientos a seguir.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Fecha de entrada: 19/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión TCAE
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Grupo de pacientes seleccionados por su motivación personal, interés en conocer la enfermedad y deseo de aumentar el uso de habilidades para el manejo de la enfermedad en el tema de autocuidados.

Todos habían recibido la información individualizada en la consulta de enfermería, pero manejar un grupo ha supuesto la formación de las enfermeras en dinámicas grupales, exposición y afrontamiento de grupos.

Estrategia de educación a pares Teach-back, enseñanza por retroalimentación.

Motivos de exclusión: inmovilizados, dependientes, dificultad desplazamiento, deterioro cognitivo, rechazo expresado a recibir educación diabetológica.

Motivos de inclusión: Interés por obtener formación o información, planteamiento individualizado de dificultad sobre como afrontar la situación y deseo de lograrlo, dudas y dificultades en el autocuidado expresadas de forma individual, tratar de potenciar las habilidades sociales.

Metodología activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias.

Se realizaron 6 sesiones, distribuidos en dos jornadas. Las sesiones fueron: Conceptos generales de la diabetes, ¿Qué puedo hacer para controlar mi diabetes? (de 2 a 4 sesión), Complicaciones de diabetes, tratamientos e insulinas.

Seguimiento durante un año con entrevista clínica, controles y analíticas al inicio, y a los 3-6 y 12 meses. Control de conceptos adquiridos mediante pre-test antes del inicio del curso y post-test al año del curso. Test: Escala de conocimientos en DM- ECODi. Realizado por Bueno et Col.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfacción de los usuarios, sensación de pertenencia a un grupo, identificación con un centro de salud rural y no solo con el consultorio local, reconocimiento de dudas elaboradas o no expresadas en la formación individual. Aumento de conocimientos y habilidades personales. Repaso de hábitos de vida saludables adaptados al entorno rural.

Satisfacción de profesionales en la elaboración del taller y satisfacción en la dinámica del taller, así como en la finalización y obtención de conocimientos, constatado con encuesta pre-curso y post-curso.

Mejoría en datos analíticos respecto a IMC, P. Cintura, HbA1C, Colesterol total, LDL col, y en conocimientos con mejora de resultados de test. Se mantuvieron igual las cifras de TA.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando se logra generar una necesidad pasa a ser una necesidad sentida y expresada, pero si no se genera, el desconocimiento puede aumentar su crítica y rechazo.

Interés de los pacientes que han participado en el grupo de contribuir en posteriores cursos de educación grupal, tanto como alumnos como discentes.

Incluir entre nuestras actividades la educación a grupos contemplada en aplicativo OMI_AP.

Incorporarnos a la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de la Salud.

Fomentar la participación comunitaria.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
la diabetes es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patologia crónica ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

- Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético
- Control glucémico adecuado.
- Adherencia a la medicación.

MÉTODO
La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluación y puesta en común de experiencias y al término del proceso

INDICADORES
Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado más del
10% de mejora de hemoglobina glicada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al término del programa

DURACIÓN

sesion este año en octubre 2017

evaluacion en enero 2018

OBSERVACIONES

se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES LONCAN MARGALEJO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
CARRION PAREJA ROSA
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se realizaron 6 sesiones, distribuidos en dos jornadas. Las sesiones fueron: Conceptos generales de la diabetes, ¿Qué puedo hacer para controlar mi diabetes? (de 2 a 4 sesión), Complicaciones de diabetes, tratamientos e insulinas.

Seguimiento durante un año con entrevista clínica, controles y analíticas al inicio, y a los 3-6 y 12 meses. Control de conceptos adquiridos mediante pre-test antes del inicio del curso y post-test al año del curso. Test: Escala de conocimientos en DM- ECODi. Realizado por Bueno et Col.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto a los profesionales :
Aumento de las habilidades en dinámicas grupales de educación para la salud.
Mejora en las habilidades individuales y colectivas de los profesionales implicados en el proceso de educación.
Refuerzo y actualización de los conocimientos sobre la enfermedad.

Respecto al equipo de Atención Primaria
Fomentar la participación y abordaje comunitario dentro del equipo de atención primaria.
Incluir la educación grupal en la dinámica de trabajo como equipo de Atención Primaria.
Respecto a los pacientes:
Aumento de los conocimientos en relación con su proceso crónico: Diabetes Mellitus.
Lograr un cambio de hábitos en su vida diaria, aportándoles información, conocimientos y eliminando el aislamiento social y superando el tabú de la enfermedad.
Reconocimiento de errores o hallazgo de lagunas de desconocimiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejora como EAP en los resultados de educación a grupos.

Mejora como EAP en técnicas de abordaje comunitario.

Implicación de todo el EAP, no solo enfermería: manejo de datos estadísticos, colaboración con datos médicos durante las sesiones, etc.

Proyecto como EAP.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1413 ===== ***

Nº de registro: 1413

Título
PROGRAMA DE EDUCACION GRUPAL EN DIABETES DESDE EL CENTRO DE SALUD

Autores:
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
la diabetes es una patologia frecuente cronica (12%) en nuestro entorno; la educacion diabetica ha demostrado evidencia aplicada en grupos de nuestro entorno
Con el proyecto pretendemos desarrollar un protocolo educativo para personas con diabetes tipo 2 (DM2) en nuestro centro de salud de Monzon Rural, de tal forma que se garantice un abordaje educativo sistematizado, programado y evaluable de estos pacientes que contribuya al autocontrol de su enfermedad, mejorando su calidad de vida, y disminuyendo el consumo de recursos sanitarios que esta patologia crónica ocasiona.

RESULTADOS ESPERADOS
Mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno, facilitando la responsabilidad y la toma de decisiones en el autocuidado de su enfermedad.

Los objetivos específicos de la educación son conseguir mejoras en los siguientes hábitos
Hábitos de vida saludables: alimentación, control del peso y ejercicio físico

- Control de factores de riesgo: lípidos, presión arterial y tabaquismo.
- Manejo de complicaciones asociadas a la diabetes.
- Cuidados del pie diabético
- Control glucémico adecuado.
- Adherencia a la medicación.

MÉTODO
La metodología será activa-participativa, potenciando el intercambio de experiencias entre los participantes; se pretende que el paciente sea protagonista de su aprendizaje y progreso en el manejo de su enfermedad.

El personal que participa en la Educación para Diabetes Mellitus tiene conocimientos y habilidades sobre la enfermedad
Charlas y talleres mensuales a los tres meses reevaluacion y puesta en comun de experiencias y al termino del proceso

INDICADORES
Porcentaje de mejora en el Control glucémico de los pacientes, evaluado a los 3 meses y a los 6 meses, esperado mas del
10% de mejora de hemoglobina glicada

Porcentaje de mejora de conocimiento sobre la diabetes y las habilidades de autocuidado evaluado a los 3 meses y a los 6 meses.

Porcentaje de reducción de la presión arterial, el peso corporal y la necesidad de medicación para la diabetes al termino del programa

DURACIÓN
sesion este año en octubre 2017
evaluacion en enero 2018

OBSERVACIONES
se solicito y consiguio una subvencion en 2016 para compra de material porcedente de la DGA, salud publica

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1413

1. TÍTULO

EDUCACION GRUPAL EN PACIENTES DIABETICOS DESDE EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALCAY MARIN FRANCISCO
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
ALASTRUE PINILLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
PASEOS POPULARES CORRESPONDIENTES AL 30% DE LOS MUNICIPIOS; AZANUY, FONZ CASTEJON DEL PUENTE

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
150 PACIENTES PARTICIPARON ENTRE TODOS LOS PASEOS
3 TRIPTICOS EDITADOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
ES ÚTIL Y MOTIVADOR.

SE PRODUCE UN EFECTO CASCADA EN LA COMUNIDAD QUE SE IMPLICA HACIENDO MARCHAS CORTAS Y LARGAS DEPENDIENDO DEL ESTADODE SALUD DE CADA UNO, LOS AYUNTAMIENTOS COLABORAN EN LAS MARCHAS, TAMBIEN LAS ASOCIACIONES DE AMAS DE CASA

7. OBSERVACIONES.
PARA EL AÑO 2018 TENEMOS PREVISTO AMPLIAR A DOS MUNICIPIOS MAS

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
CORONAS FUMANAL CONCEPCION, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, MARTÍN VIDAL MARIA JESUS, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PATOLO CARDIOVASCULAR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterránea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mensaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

MÉTODO

En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acuerdo en consejo de salud se diseña e imprime untriptico de cada ruta f los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

INDICADORES

Nº de paseos realizadosX100 sobre el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Fecha de entrada: 05/03/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION CORONAS FUMANAL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
ALCAY MARIN FRANCISCO
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
CARRION PAREJA ROSA
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALASTRUE PINILLA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado paseos de 45 minutos de duracion acompañados por medico y/o enfermera durante el año 2018 en la localidad de Pomar.
En los pueblos de Castejon del Puente y Azanuy se realizan talleres de memoria, herramienta muy util para retrasar el deterioro cognitivo; promovidos por la Asociacion de Amas de Casa
En los pueblos de Pueyo de Santa Cruz y Alfantega la comarca ha organizado sesiones de Pilates una vez a la semana.
En Pueyo de Santa Cruz la juventud acompañados por el médico realizan salidas en bicicleta cada 15 días.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Satisfacion de las personas que participan en las diferentes actividades enriqueciendo las relaciones interpersonales, contacto con la naturaleza en alguna de ellas e indirectamente mejorando el riesgo cardiovascular y mental.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Promover el ejercicio físico desde los centros de salud anima a participar a la población y a organizarse por si mismos.
Queda pendiente instaurar paseos en algunas del centro y conseguir que mantengan el habito sin el acompañamiento de los profesionales de la salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1414 ===== ***

Nº de registro: 1414

Título
ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

Autores:
CORONAS FUMANAL CONCEPCION, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología: PATOLO CARDIOVASCULAR
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los hábitos de vida saludables son el pilar básico del equilibrio entre la salud y la enfermedad. Una causa de enfermar es el desequilibrio de esta balanza, a causa de la pérdida

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1414

1. TÍTULO

ANDANDO HACIA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

progresiva en nuestra vida diaria de los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterránea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la proximidad al paciente y la posibilidad del mensaje breve y reiterado de forma individualizada, vamos a tratar de fomentar la participación comunitaria y de reforzar el mensaje emitido desde nuestras consultas.

Así, en este marco, la oportunidad de mejora seleccionada es el informar, trabajar y fomentar hábitos de vida saludables desde un abordaje de participación comunitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Transmisión de información sobre estilos de vida saludables, fomentar y promocionar hábitos correctos y tratar de dar respuesta a dudas surgidas en relación con este tema.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, pedanías, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables. También involucrar al EAP en proyectos de participación comunitaria.

MÉTODO

En el EAP- Revisión bibliográfica de datos sobre el tema, valoración de la situación actual del PACAP en Aragón (Programa de Actividades de Atención a la Comunidad en AP), actualización de conocimientos.

En la comunidad- Difusión a través de charlas divulgativas de promoción de la salud.

se hacen paseos reglados con cada comunidad y nucleo de poblacion segunse acuerdo en consejo de salud se diseña e imprime untriptico de cada ruta f los ayuntamientos marcaran caminos almenos uno por ayuntamiento

INDICADORES

Nº de paseos realizadosX100 sobre el total de ayuntamientos de la ZBS

Nº tripticos realizados X 100 Total sobre el total de ayuntamientos

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde 2016.

ya se han realizado 3 andadas y 3 tripticos

Se espera llevar a cabo durante el otoño de 2017 2 andadas y dos tripticos mas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ALASTRUE PINILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
LERIS OLIVA JOSE MARIA
CARRION PAREJA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
CUATRO CHARLAS EN CUATRO MUNICIPIOS DISTINTOS SOBRE TABAQUISMO, CUDADOS DE SALUD, ALIMENTACION SALUDABLE, HABITOS SALUDABLES, IMPARTIDAS 4 MEDICOS Y DOS ENFERMERAS DEL EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
155 ASISTENTES EN TOTAL, CUATRO NUCLEOS DE PUBLACION HAN RECIBIDOS EDUCACION SANITARIA(= 25% DE LOS NUCLEOS DEL EAP) PARTICIPACION DE 6 PROFESIONALES DEL EAP(=60%).

SATISFACION PERCIBIDA ALTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBERIAMOS HACER UN A EVALUACION DE IMPACTO CON TEST PRE Y POST CHARLA O SIMILAR

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1455 ===== ***

Nº de registro: 1455

Título
LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CARRION PAREJA ROSA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
nuestra sociedad tiende a olvidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios(tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad...muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoración de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

MÉTODO

En el EAP- registro sistemático de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotación de las interacciones y debates habidos número de participantes y elaboración de una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a petición de la comunidad. Fomento de la interacción, el debate, el diálogo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

INDICADORES

Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total población MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nº de personas que interaccionan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde la creación del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD. Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicados sobre un total de 10.

Se espera participar en al menos dos más durante el otoño de 2017

se hará una evaluación del conjunto de charlas y se valorarán áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participación activa en enero 2018, en reunión de equipo.

OBSERVACIONES

Se buscarán algún tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ALASTRUE PINILLA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
LERIS OLIVA JOSE MARIA
CARRION PAREJA ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
29-11-2018: Charla coloquio "Estado emocional: potenciar la autoestima"
Actividad realizada con la Asociación de la Tercera Edad de Pomar de Cinca.
Presentan y acompañan esta actividad la enfermera y la médico de Pomar de Cinca, pertenecientes al EAP Monzón Rural.
Se desarrolla en los locales de la asociación, con la participación de 48 personas.
Se hace una presentación de diapositivas y varias ejercicios prácticos relativos a la autoestima, terminando con un coloquio.
Participan 48 personas de Pomar de Cinca, de forma activa, tanto en los ejercicios como en el coloquio.
La actividad se termina con una merienda compartida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
48 participantes
2 profesionales sanitarios, miembros del EAP Monzón Rural
Participación de la asociación de la Tercera Edad de Pomar de Cinca
Un núcleo de población del ámbito del C.S. Monzón Rural
NIVEL DE SATISFACCION: ALTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Este tipo de actividades, charlas sobre temas sanitarios y de educación para la salud, tienen muy buena acogida entre la población.
Se vienen haciendo desde hace muchos años. Actualmente hay menos demanda de las asociaciones, pero cuando es necesario es una actividad muy implantada que se desarrolla sin dificultad.
Creemos que no es necesario mantenerla como proyecto asistencial para el año 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1455 ===== ***

Nº de registro: 1455

Título
LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACRO PROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CARRION PAREJA ROSA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
nuestra sociedad tiende a olvidar los estilos de vida saludables. Mucho se habla de proyectos de promoción

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1455

1. TÍTULO

LAS CHARLAS SOBRE TEMAS SANITARIOS SON NUESTRAS MACROPROGRAMADAS DE EDUCACION SANITARIA

del ejercicio físico, retorno a la dieta mediterranea, etc, pero la realidad es que estos hábitos saludables van cayendo en el olvido dentro del día a día de cada paciente.

En Atención Primaria, donde una de nuestras fortalezas es la continuidad y la longitudinalidad, que refuerza los lazos emocionales bidireccionales entre los profesionales sanitarios (tanto médicos como enfermeras) y pacientes. Esto hace que cualquier charla dada por los sanitarios ya conocidos por la comunidad se vuelva un debate abierto con interacciones, preguntas, bidireccionalidad... muy alejado de la charla convencional, y posiblemente más potente a la hora de transmitir mensajes. Estas charlas y conferencias son buscadas y promovidas directamente desde las asociaciones de la propia comunidad cada año. Hemos querido darle forma a esta realidad con este proyecto.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos generales- Registro estructurado de las charlas y conferencias impartidas por miembros del EAP sobre temas sanitarios dentro del ámbito de la ZBS durante el año 2017. Valoración de la participación en las mismas y del impacto en la comunidad.

Objetivos específicos- Colaborar con ayuntamientos, asociaciones culturales y asociaciones de amas de casa en implicarlos y fomentar los hábitos saludables.

MÉTODO

En el EAP- registro sistemático de estas actividades en soporte ISO, cosa que hasta ahora no se llevaba a cabo, con anotación de las interacciones y debates habidos número de participantes y elaboración de una pequeña acta por cada charla realizada.

En la comunidad- realización de charlas divulgativas sobre temas sanitarios a petición de la comunidad. Fomento de la interacción, el debate, el diálogo durante o al final de las mismas, huyendo intencionadamente de la conferencia magistral pasiva.

INDICADORES

Nº de charlas realizadas en 2017

Nº de sanitarios que han impartido charlas/Total del personal sanitario del EAP

nº de participantes/total población MAYOR DE 14 AÑOS de las ZBS

Nº de personas que interactúan y/o participan activamente en las charlas/total de asistentes estimados al conjunto de todas las charlas

DURACIÓN

se viene realizando este programa desde la creación del EAP en 1997, y aun antes, como PROFESIONALES APD.

Ya se han impartido dos charlas este año, con 65 participantes y 9 interacciones, y 4 profesionales implicados sobre un total de 10.

Se espera participar en al menos dos más durante el otoño de 2017

se hará una evaluación del conjunto de charlas y se valorarán áreas de mejora, especialmente en el fomento de la participación activa en enero 2018, en reunión de equipo.

OBSERVACIONES

Se buscarán algún tipo de indicadores del impacto de dichas charlas en la comunidad durante 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN HECHO DOS BASES DE DATOS CONJUNTA DE LOS SEIS CUPOS, CON LA ACTIVIDAD DEL AÑO 2017 REFERENTE A ESTE TEMA, UNA DE DIABETICOS Y OTRA DE HIPERTENSOS, QUE CUMPLIAN CRITERIOS.
748 HIPERTENSOS
338 DIABETICOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
COBERTURA:
113 ECG DE HIPERTENSOS, QUE SUPONE EL 15%
Y
61 ECG DE DIABETICOS QUE SUPONE EL 18%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
DEBEMOS HACER HINCAPIE EN ESTE TEMA FALTA MUCHO POR CUMPLIMENTAR, PERO LO POSITIVO ES QUE LA CREACION INICIAL DE AMBAS BASES DE DATOS, COLOCADAS EN RED COMUN NOS VA A FACILITAR EL TRABAJO FUTURO DE ESTE PROYECTO Y DE OTROS QUE PUEDAN SURGIR

7. OBSERVACIONES.
PODRIA SER UTIL DISPONER DE UN SEGUNDO APARATO ECG PARA GRABAR ON LINE EN LA INTRANET

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACION DE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

REALIZACION DE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA
CREACION DE DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE
CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS
NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS
DURACIÓN
CONSECUENCIA DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACION DE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEMONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
CARRION PAREJA ROSA
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN
CORONAS FUMANAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de ECG con citación en agenda de OMI en el electrocardiografo del C.S de Monzón con conexión a INTRANET. hasta Octubre de 2018 que fallo la misma.
Busqueda en la INTRNET del dector de pacientes de la base de datos que se le ha realizado ECG en el hospital Volcado de todos los ECG con la fecha de realización en las bases de datos que realizamos (Hipertensos y Diabeticos de los 6 cupos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
De 760 Hipertensos la cobertura es de 60% (456)
De 348 Diabeticos la cobertura es de 69.54%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha ampliado un año para intentar alcanzar una cobertura más alta cuando arreglen el ECG.
La importancia de tener un registro electrocardiografico al que tengan acceso los médicos de AP, del Hospital, del PAC, para poder comparar las alteraciones detectadas si son agudas o cronicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DEMONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

MÉTODO

CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACION DE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACION DE DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL

PERSONAL DE ENFERMERIA

INDICADORES

NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS

NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS

DURACIÓN

CONSECUION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACION DE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE RAQUEL CORTINA LACAMBRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTIN VIDAL MARIA JESUS
ALCAY MARIN FRANCISCO
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REALIZACION DE ECG EN C.S.CON CONEXION A ITRANET DEL SECTOS EN HIPERTENSOS Y DIABETICOS DE LA ZONA SW SALUD DE MONZON RURAL

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
60% DE COBERTURA EN HTA
70% DE COBERTURA EN DIABETICOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HA FACILITADO LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS EN TENER UN REGISTRO ELECTROCARDIOGRAFICO QUE PUEDAN CONSULTAR TODOS LOS MEDICOSI MPLICADOS EN LA ASISTENCIA .
HA QUEDADO PENDIENTE ALCANZAR UNA COBERTURA MAS ALTA,POR FALLAR LA CONEXION A INTRANET DEL ELECTROCARDIOGRAFO DESDE JULIO DE 2019.POR LO QUE SE DECIDE DAR POR CONCLUIDO EN PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1524 ===== ***

Nº de registro: 1524

Título
REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EAP MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

Autores:
CORTINA LACAMBRA RAQUEL, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, CARRION PAREJA ROSA, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CORONAS FUMANAL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cardiopatía isquémica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA REALIZACIONDE ECG EN SOPORTE ELECTRONICO EN LA INTRANET ES UN OBJETIVO ESTRATEGICO DEL ACUERDO DE GESTION EN PACIENTES CON FRCV ELEVADO, FACILITARA LA ASISTENCIA ANTE EVENTOS CARDIOVASCULARES AGUDOS

RESULTADOS ESPERADOS
INTRODUCIR EN LA INTRANET ECG EN SOPORTE INFORMATICO DE LOS PACIENTES REGISTRADOS EN OMI COMO DIABETICOS Y/O HIPERTENSOS DE NUESTRO EAP

MÉTODO
CITACION DE DICHOS PACIENTES METODICA EN AGENDA ECG EN EL CENTRO
REALIZACIONDE DICHOS ECG EN AGENDA OMI ESPECIFICA

CREACIOND E DICHA AGENDA OMI ACTUALMENTE INEXISTENTE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1524

1. TÍTULO

REALIZACION DE ECG A LOS HIPERTENSOS Y DIABETICOS DEL EQUIPO DE ATENCION PRIMARIA DE MONZON RURAL EN SOPORTE INTRANET ELECTRONICO

CREACION DE DISPONIBILIDAD HORARIA POR PARTE DEL
PERSONAL DE ENFERMERIA
INDICADORES
NUMERO DE DIABETICOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE DIABETICOS
NUMERO DE DE HIPERTENSOS CON ECG EN INTRANET/TOTAL DE HIPERTENSOS
DURACIÓN
CONSECUCION DE LISTADOS DE DICHAS PATOLOGIAS VERANO 2017
REALIZACIONE LOS ECG DE SEPT A DIC 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Fecha de entrada: 08/02/2018

2. RESPONSABLE ESTEBAN SANMARTIN SANCHEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRION PAREJA ROSA
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar "Planes personales".
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla, si está indicada.
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.
Estudiar la posibilidad de organizar talleres de deshabituación tabáquica en coordinación con la AECC de Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP "TABACO" = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "ESPIROMETRIA" realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.
Realizada evaluación en 7/2/2018 sobre muestreo de pacientes EPOC. Se objetiva se ha realizado espirometría a un 67% de pacientes.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnóstico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP "LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS" Y "MANEJO VIAS AEREAS", al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnóstico de EPOC con algún registro en el último año

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
HEMOS CAPTADO MAYOR NÚMERO DE EPOC Y REALIZADO ESPIROMETRIAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1536 ===== ***

Nº de registro: 1536

Título
CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC (CONTINUACION DEL AÑO 2016)

Autores:
SANMARTIN SANCHEZ ESTEBAN, CARRION PAREJA ROSA, MARTIN VIDAL MARIA JESUS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LERIS OLIVA JOSE MARIA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, ALASTRUE PINILLA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1536

1. TÍTULO

CAPTACION DEL PACIENTE FUMADOR, CONSULTA DE DESHABITUACION TABAQUICA Y DETECCION Y SEGUIMIENTO DEL PACIENTE EPOC

Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA PREVALENCIA DE EPOC EN NUESTRO MEDIO A RAIZ DE LA EPIDEMIA TABAQUICA DE LOS AÑOS 70 Y 80 AUN ES ALTA, POR ELLO CREEMOS IMPORTANTE SEGUIR LAS INDICACIONES DEL ACUERDO DE GESTION Y BUSCAR ACTIVAMENTE EPOC REALIZARLES ESPIROMETRIA Y FOMENTAR EL ABANDONO DEL TABAQUISMO

RESULTADOS ESPERADOS
Aumentar la detección del paciente fumador, con especial atención al tramo de edad de 15 a 35 años
Recomendar a las personas fumadoras el abandono del hábito tabáquico y ofrecerles la consulta de deshabituación tabáquica.
Realizar espirometrías a las personas con factores de riesgo de desarrollar EPOC
Captar y seguir al paciente diagnosticado de EPOC, como paciente crónico.
Realizar formación del personal sanitario para el seguimiento y tratamiento del paciente EPOC

MÉTODO
Captación: Por enfermería y medicina al cumplimentar "Planes personales".
Realizar intervención breve a todos los fumadores, recomendando el abandono del hábito tabáquico.
Derivar a medicina para consulta de deshabituación, si lo desea.
Citar para espirometría, y realizarla,
Interpretar la espirometría.
Incluir en programa de EPOC al paciente que presenta criterios diagnósticos.
Colaborar con los talleres de deshabituación tabáquica de la AECC de Monzón.

INDICADORES
Detección de consumo de tabaco
Numerador: población de 15 años o más con DGP "TABACO" = SI, en los últimos dos años
Denominador: población 15 años o más con algún registro en los últimos dos años.

Prevalencia de EPOC diagnosticada
Numerador: población mayor de 15 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: población 15-80 años

Pacientes en seguimiento por EPOC: realización de espirometría
Numerador: paciente con diagnóstico de EPOC (R95) con el DGP "ESPIROMETRIA" realizado al menos una vez en los dos últimos años.
Denominador: Pacientes con diagnóstico de EPOC (R95) con algún registro en los dos últimos años.

Pacientes en seguimiento por EPOC: seguimiento por enfermería
Numerador: pacientes con diagnóstico de EPOC a los que se ha interrogado sobre los DGP "LIMPIEZA INEFICAZ VIAS AEREAS" Y "MANEJO VÍAS AÉREAS", al menos una vez en el último año.
Denominador: pacientes con diagnóstico de EPOC con algún registro en el último año

DURACIÓN
este programa viene del año 2016, hasta la fecha se han llevado a cabo en febrero de 2016 y 2017 cursos de deshabituación tabaquica en el CS monzon con la AECC.
durante todo el 2016 y lo que va del 2017 se han ido detectando pacientes EPOC y se les ha ido realizando las espirometrías;
la actividad de este proyecto es continua a lo largo de todo el año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALASTRUE PINILLA CARMEN
CARRION PAREJA ROSA
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
se han hecho 4 sesiones de casos clinicos de pacientes reales comentados y una sesion de revision bibliografica sobre metodolgia, y principios de Ariadna

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
los profesionales del EAP han compartido experiencias y han aprendido manejojotanto clinico como de registro OMI AP sobre este tema

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
es muy importante poner en comun experiencias y compartir errores y aciertos

7. OBSERVACIONES.
acabamos este año con 2 casosclinicos mas hasta completar los seis cupos, uno por cupo, antes de mayo 2019

*** ===== Resumen del proyecto 2018/454 ===== ***

Nº de registro: 0454

Título
PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO (PCC)

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, ALASTRUE PINILLA CARMEN, CARRION PAREJA ROSA MARIA, LERIA OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pluripatologia por definicion
Línea Estratégica ..: Crónico complejo
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
es un objetivo estrategico del SALUD el desarrollo de unidades de continuidad asistencial para estos pacientes, en los sectores coordinando atencion primaria y atencion hospitalaria

el eap monzon rural es piloto del inicio del programa de atencion al paciente cronico complejo en Aragón.

La zona de salud tiene adscritos muchos pacientes de este tipo, en el contexto de una poblacion envejecida, con un 30% aproximado de pacientes mayores de 65 años

RESULTADOS ESPERADOS
mejorar la capacitacion de los profesionales de LEAP en la atencion a este tipo de pacientes.
conocer los criterios de identificacion del PCC.
Aprender y adiestrarse en utilizar las herramientas OMI para el seguimiento del PCC.

MÉTODO
deteccion de caso que cumplan criterios de inclusion desde las consultas de medicina y enfermeria.
Realizacion de 5 sesiones dirigidas a la revision de uno o más historias clinicas de pacientes reales, uno de cada cupo (ya se revisó un cupo en 2017).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0454

1. TÍTULO

PROFUNDIZACION EN EL MANEJO DEL PACIENT CRONICO COMPLEJO

Discusion conjunta en la sesion contando con las aportaciones de todos los profesionales del plan de actuacion mas recomendable a seguir en dichos pacientes, siguiendo elesquema propuesto en OMI, planes personales.

INDICADORES

- numero de pacientes detectados./ total esperado (objetivo 30%)
- numero de sesiones clinicas dedicadas a este tema realizadas a 31 de dic 2018 (objetivo=5).
- numero de pacientes trabajados en sesion clinica (objetivo= 5).
- numero de cupos de medicina con paciente revisados

DURACIÓN

deteccion de pacientes hasta 30 de diciembre 2018.

relaizacion de sesiones 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 - 2019/0109

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE LUIS PEREZ ALBIAC
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON RURAL
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES
ALASTRUE PINILLA CARMEN
LERIS OLIVA JOSE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
durante el 2019 se han relaizado dos sesiones clinicas sobre MAPA dentro del equipo, una conjunta y otra solo para enfermeria. Se han realizado correctamente 32 MAPA a pacientes.
se han guardado y registrado todos los MAPA en una carpeta común. se ha diseñado un esquema para compartir correctametne el aparato con el EAP Monzon Urbano, y se han abierto las agendas correspondientes

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
32/52= 61% de semanas con el MAPA activo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
es dificil compartir material con otro EAP, pero con buena voluntad y correcta programacion se consigue; las nuevas tecnologias nos asustan en inicio pero luego se pueden manejar correctametne si te formas

7. OBSERVACIONES.
no

*** ===== Resumen del proyecto 2019/109 ===== ***

Nº de registro: 0109

Título
IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

Autores:
PEREZ ALBIAC JOSE LUIS, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, ALASTRUE PINILLA MARIA DEL CARMEN, LERIS OLIVA JOSE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON RURAL

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se incia el uso del mapa en atención primaria en 2018

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar la utilidad de este nuevo instrumento de diagnostico

MÉTODO
consulta especifica con agenda abierta, registro en Excel de todos los casos, valoración general

INDICADORES
numero de MAPA realizados/52 semanas numero de MAPA que causan decisión terapéutica/num total de MAPA

DURACIÓN
inico en sept 2018 hasta sept 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0109

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL MAPA EN EL CENTRO DE SALUD MONZON RURAL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0784

1. TÍTULO

MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE TERESA GUEVARA LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VAZQUEZ TORGUET ANA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE
FOJ JIMENEZ ERIKA
MERINO SANTAELLA SUSANA
CONSUL BEGUE ISABEL
SAURA FEJA RAMON
CANALEJO MENDAZA LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión y consenso con la coordinación del centro de Salud y con los celadores encabezados en este proyecto.
Consenso con la Administración del centro para la documentación necesaria de cara a los nuevos celadores.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realización de protocolo de recogida de datos adecuadamente en la atención domiciliaria
Protocolo en cuanto a la atención de los pacientes que ingresen por el servicio de atención continuada del centro de salud de Monzón

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Recomendamos seguir los protocolos para una mejor atención a la población
Encontramos fallos en el recibimiento de los celadores por parte del sistema

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/784 ===== ***

Nº de registro: 0784

Título
MEJORAR LA RECOGIDA DE DATOS Y DEFINIR CRITERIOS PARA UNA ADECUADA ASISTENCIA DE LOS AVISOS DOMICILIARIOS EN EL PAC DE MONZON

Autores:
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, CANALEJO MENDAZA LUIS SANTIAGO, CONSUL BEGUE ISABEL, SAURA FEIXA RAMON, PERA FERRAZ CARMEN, LONCAN MARGALEJO MARIA DOLORES, FOJ JIMENEZ ERIKA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: atencion continuada
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Criterios en la toma de datos de los avisos domiciliarios. Unificar y realizar un protocolo.
Reparto de las cargas de trabajo de la demanda en sala
Reparto de las cargas de trabajo de los avisos domiciliarios
Definir criterios de gravedad y no gravedad de los avisos domiciliarios

RESULTADOS ESPERADOS

Evitar demoras en los domicilios urgentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JACQUELINE VAZQUEZ FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUÑOZ GALLEGU MARIA DOLORES
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
1- Grupo de trabajo creado
2- Análisis de la situación, en el que se ha observado que existía variabilidad entre los diferentes centros
3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros e implementado en un primer momento en el PAC de Monzón)
4- Presentación del protocolo consensuado en diferentes centros del sector: Se han realizado dos charlas informativas en cuanto al material mínimo de carros, distribución del mismo y protocolos organizativos de los carros en los centros de salud de Barbastro y en el Centro de salud de Binéfar. Previamente también se presentó en los centros de salud de Monzón Urbano y Rural (PAC Monzón)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Funcionamiento adecuado del protocolo de revisión en el Centro de salud de Barbastro y en el PAC de Monzón. Reorganización en la distribución dentro del carro de paradas y equiparar el stock mínimo entre los carros del centro de Salud de Barbastro y Monzón. De igual manera en el Centro de salud de Binéfar, aunque está en fases iniciales
Involucrar a todo el personal de enfermería y medicina en estas actividades.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Concluimos que la organización del protocolo de revisión mensual de los carros de paros no era la adecuada y se hicieron los cambios pertinentes siendo más cómoda y efectiva.
También concluimos que mantener una información cruzada entre los centros de salud es interesante y sumativo para implantar nuevas propuestas e inquietudes.
Recomendamos involucrar en el conocimiento y manejo del carro de paros de todo el personal de los centros de salud.
Recomendamos también realizar sesiones de actualización y memoria para el uso adecuado del carro ante una parada.
Recomendamos tener actualizados los protocolos de actuación de una parada según los protocolos nacionales.

ACTIVIDADES PENDIENTES (2018)
- Aún quedan actividades con algún centro de salud en cuanto a la nueva dotación para que sea equiparable al resto de los centros de salud.
- También realizar charla informativa en el centro de salud de Castejón de Sos.
- Evaluación del funcionamiento y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir
- Simulacros de funcionamiento del carro de paros (sesiones de actualización y memoria para el uso adecuado del carro ante una parada).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1499 ===== ***

Nº de registro: 1499

Título
ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

Autores:
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, GARCIA GONZALEZ JOSE ANTONIO, ARESTE ALBA NURIA, BUERA BROTO MARIA DOLORES, MUÑOZ GALLEGU MARIA DOLORES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, MONTERO MORATA CARLOS, CLEMENTE ROLDAN EDUARDO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los centros de salud del sector el carro de paros está distribuido y organizado de forma diferente, no existe en la actualidad un protocolo para unificar criterios de organización. Aprovechando que se ha dotado a alguno de los centros del sector del mismo modelo de carro paros, pensamos que puede ser interesante unificar su organización y distribución.

RESULTADOS ESPERADOS

Con este proyecto se pretende conseguir disminuir la variabilidad en la organización y distribución del material en los carros de paros de los centros de salud del sector Barbastro, mejorando la coordinación entre los diferentes centros de salud, que influirá en la reducción de la demora en la aplicación del tratamiento de la RCP y aumentará la seguridad del paciente. También se pretende adecuar los recursos del sector y su distribución entre los centros. Además, esto facilitará el trabajo del personal que cambia de puesto de trabajo a otro centro de salud. Promover el intercambio de información entre profesionales de diferentes centros de salud y elaborar un protocolo de consenso. Implantación progresiva del protocolo consensuado para todo el sector y publicarlo en intranet. Unificar la organización/distribución del material en los carros de paros; así como el listado de stock mínimo. Formatos de registro de revisión y control unificados para todos los centros de salud del sector. Futuras colaboraciones para otras actividades relativas a la gestión de la urgencia vital.

MÉTODO

- 1- Creación de un grupo de trabajo
- 2- Analizar la situación (variabilidad entre los diferentes centros)
- 3- Elaboración del protocolo y listado de stock mínimo (común para todos los centros)
- 4- Presentación del protocolo a los diferentes centros del sector
- 5- Aprobación de un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- 6- Sesiones de información / formación en los Centros de Salud
- 7- Evaluación - revisión del protocolo y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora y/o nuevos proyectos que pudieran surgir

INDICADORES

- 1- Porcentaje de carros de paros que han implantado el protocolo común (Nº Centros de Salud con carros de paros unificados / Nº Centros de Salud del Sector)
- 2- Protocolo actualizado y colgado en la Intranet del sector (SÍ/NO)
- 3- Porcentaje de Equipos de Atención Primaria a los que se ha impartido formación común (Nº sesiones de formación--información / Nº de centros de S. del Sector)

DURACIÓN

- 1- ANALISIS DE LA SITUACION Y CREACION DEL GRUPO DE MEJORA (Febrero 2017)
- 2- ELABORACION DEL PROTOCOLO Y FORMATOS ASOCIADOS (Mayo 2017)
- 3- APROBACION DEL PROTOCOLO (Junio 2017)
- 4- SESIONES DE FORMACION (Septiembre 2017)
- 5- IMPLANTACION PROGRESIVA EN VARIOS CENTROS DE SALUD (Diciembre 2017)
- 6- EVALUACION DEL PROYECTO Y OBTENCION DE INDICADORES (Enero 2018)
- 7- PROPUESTA DE NUEVAS ACCIONES DE MEJORA Y/O PROYECTOS (Marzo 2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1499

1. TÍTULO

ESTANDARIZAR LA GESTION Y MANTENIMIENTO DE LOS CARROS DE PAROS DE ATENCION PRIMARIA DEL SECTOR BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ISABEL ANGELA LOPE DALMAU
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION CONTINUADA EN AP
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BRUNO CASADO LIDIA
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
CORTINA LACAMBRA RAQUEL
ESCOLANO EZQUERRA SILVIA
SOLENZAL ALVAREZ OSCAR LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Hasta el mes de julio de este pasado año, nos hemos reunido, en varias ocasiones, el equipo de profesionales que integramos este proyecto. El trabajo desarrollado en este último año, ha sido la elaboración de una hoja de registro domiciliaria, donde se apunte el seguimiento del paciente, por los profesionales del centro de salud, (personal de cupo y personal de atención continuada) y preparar la información de lo que queremos dar en las sesiones clínicas que tenemos pensadas dar al resto de los equipos que integran el PAC (Monzón Rural y Monzón Urbano)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Está resultando más difícil de lo esperado la elaboración de la hoja de registro que teníamos pensada, ya que se debe consensuar con la Dirección de Primaria y valorar la forma de obtenerla desde el programa OMI. la imposibilidad de encontrar fechas para reunirnos los integrantes del equipo, (debido a vacaciones, OPEs...etc) ha hecho que todo el trabajo de la preparación de las sesiones se haya retrasado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Quedan pendientes la presentación del proyecto a los equipos, así como las sesiones clínicas que queremos realizar

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1556 ===== ***

Nº de registro: 1556

Título
PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

Autores:
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA, SOLENZAL ALVAREZ OSCAR, HERRERO FUERTES ALBERTO, ESCOLANO EZQUERRA SILVIA, BRUNO CASADO LIDIA, CORONAS FUMANAL CONCEPCION, POLO BLASCO MARI CARMEN, CORTINA LACAMBRA RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CME MONZON

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TERMINALES ONCOLOGICOS Y DE ORGANOS
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: MEJORA DE ATENCION CONTINUADA EN EL PACIENTE TERMINAL

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los paciente terminales, presntan multiples sintomas, cambiantes en breves periodos de tiempo.
Los profesionales del centro de salud, tanto en horario de mañanas como atencion continuada, hemos detectado la necesidad de mejorar el registro y comunicacion entre profesionales para asegurar la contiunuidad de cuidados adecuados en estos pacientes y sus familias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1556

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA EN LA CALIDAD DEL SEGUIMIENTO ASISTENCIAL DEL PACIENTE TERMINAL EN EL PAC DE MONZON

RESULTADOS ESPERADOS

poblacion diana : pacientes terminales oncologicos y terminales de organo mayores de 14 años.
se mejorará el registro especifico de los pacientes terminales.
se actualizaran los protocolos de actuacion en los sintomas mas frecuentes de estos enfermos y educacion sanitaria a las familias.
se revisarán los registros de voluntades anticipadas.

MÉTODO

se realizaran actividades formativas y de sensibilizacion entre los profesionales que trabajan en el centro de salud con el objetivo de mejorar la codificacion del paciente terminal.
asi como actividades de formacion para mejorar la atencion de los sintomas mas frecuentes.

INDICADORES

Nº DE PACIENTES TERMINALES REGISTRADOS EN OMI

Nº DE SESIONES REALIZADAS EN 7 MESES.

INDICADOR SERÁ Nº DE SESIONES / 7 >= A 0,85

DURACIÓN

MEJORA DE REGISTRO:

RESPONSABLE MARI CARMEN POLO Y RAQUEL CORTINA.

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2017 SE REALIZARAN EN EL MES DE OCTUBRE UNA ACTIVIDAD FORMATIVA CON UNA POSTERIOR EVALUACION DEL IMPACTO.

ACTIVIDADES DE FORMACION:

RESPONSABLE

ISABEL LOPE Y CONCEPCION CORONAS.

ACTIVIDADES FORMATIVAS RELACIONADAS CON MANEJO DE ESTOS PACIENTES. SE REALIZARÁ UNA ACTIVIDAD FORMATIVA MENSUAL DESDE NOVIEMBRE DEL 2017 HASTA ABRIL DEL 2018.

FECHA PREVISTA DE INICIO : OCTUBRE 2017 Y EVALUCION EN JUNIO 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 10/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALASTUEY FLETA CONCEPCION
ALLUE BLANCO MARIA
BUENO OLIVAN MILVA
GARCIA MINGUEZ MARIA
LAMARCA GAY ROCIO
LASCORZ CORTINA PILAR
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este año las actividades realizadas han sido:

1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.

Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

Recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El cuestionario ha sido realizado por estudiantes de 2º de ESO en dos Centros de Educación Secundaria de Monzón. En total se han recogido 195 encuestas.

Actualmente estamos llevando a cabo al análisis descriptivo de los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Con respecto al trabajo en equipo, el resultado es muy positivo: adecuada implicación de los miembros del equipo en todas las fases del proyecto.

Buena acogida de la actividad e los centros educativos implicados tanto por los educadores, como por los estudiantes y sus familias.

Como puntos de mejora destacaríamos la escasa aportación de los estudiantes en la parte cualitativa del cuestionario: escasa respuestas o muy breves en esos apartados.

Dificultad para conciliar agendas y tiempo disponible para llevar a cabo el proyecto al no disponer de espacio habilitado para ello en nuestras agendas profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1437 ===== ***

Nº de registro: 1437

Título
PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Autores:
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCION DE VIOLENCIA DE GENERO EN ADOLESCENTES

Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO

1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.

Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.

Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

Recogida de datos y análisis de resultados.

Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.

5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.

6: Recogida de datos y análisis de resultados.

7: Planificación de la intervención.

INDICADORES

Análisis descriptivo de los resultados cuantitativos y cualitativos.

DURACIÓN

Fase de detección : 1 año

Fase de Intervención: 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Fecha de entrada: 26/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA JAVIERRE MIRANDA
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALASTUEY FLETA CONCEPCION
ALLUE BLANCO MARIA
BUENO OLIVAN MILVA
GARCIA MINGUEZ MARIA
LAMARCA GAY ROCIO
LASCORZ CORTINA PILAR
LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Elaboración del cuestionario con 27 preguntas tipo Liker y 2 preguntas abiertas para explorar los conocimientos sobre violencia de género (VG) y detectar conductas desiguales o violentas entre los adolescentes.
2. Realización de dicho estudio entre un total de 194 estudiantes de 2º curso de educación secundaria obligatoria en los dos centros educativos de Monzón.
3. Estudio estadístico de los datos y elaboración de resultados.
4. Devolución de resultados de forma presencial por parte de miembros del grupo de trabajo dirigido a los adolescentes participantes. Para ello se llevó a cabo la realización de un power point para poderlos presentar de forma amena y dar pie a la participación de los jóvenes y sus profesores.
5. La exposición se realizó en el mes de mayo 2019 en los correspondientes salones de actos de ambos centros educativos.
6. Presentación de los resultados obtenidos en el estudio al Equipo de Atención Primaria del centro de salud de Monzón Urbano.
7. Conmemoración del Día Internacional contra la Violencia de Género mediante la realización de carteles ubicados en la escalera del centro de salud, formando así la escalera de la violencia, el 25 de noviembre de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se obtuvieron un total de 194 encuestas (38% en IES Domingo Savio y un 62% en IES Mor de Fuentes); 49 % mujeres y 51% hombres. Hubo una escasa participación en la parte abierta del cuestionario, alto porcentaje de ausencia de respuesta o respuestas no válidas. Sin embargo destaca una idea general de considerar el patriarcado y el machismo como causa principal de la persistencia de la violencia de género en la sociedad actual y de ver como posible solución la orientación educativa hacia la coeducación y la reforma de las leyes.

En el apartado de preguntas tipo Likert lo más destacado ha sido lo siguiente:

- Las mujeres son las más adecuadas para encargarse de la casa y los hijos: Total /bastante acuerdo en 8% chicas y casi 20% chicos.
- Que una mujer cobre menos por el mismo trabajo es adecuado: Total /bastante acuerdo en 2% chicas y casi 18% chicos.
- La relación es perfecta cuando encuentras tu media naranja: Total /bastante acuerdo en 70% chicas y casi 80% chicos.
- Los celos son una prueba de amor: Total /bastante acuerdo en 42% chicas y casi 50% chicos.
- En una relación no tiene que haber secretos; se pueden compartir las contraseñas del móvil y redes sociales: Total /bastante acuerdo en 8% chicas y casi 35% chicos.
- Que un chico sepa siempre donde está su pareja es normal; tiene que protegerla: Total /bastante acuerdo en 16% chicas y casi 27% chicos.
- En el instituto hay a menudo situaciones violentas físicas o verbales: Total /bastante acuerdo en 44% chicas y casi 53% chicos.
- Que una víctima de VG siga con el maltratador es normal; todos merecen otra oportunidad: Total /bastante acuerdo en 0% chicas y casi 8% chicos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES

Este proyecto nos ha permitido establecer un buen equipo de trabajo y conocer y construir redes entre los profesionales del centro de salud, los servicios sociales municipales, Ayuntamiento de Monzón y los centros educativos participantes. Durante el diseño del estudio hemos podido reflexionar y formarnos mejor en esta problemática.

A su vez ha servido de acercamiento a la población adolescente de nuestra zona básica y nos ha permitido apreciar su forma de pensar, intereses, realidades...así como presentarnos fuera de nuestro ámbito de trabajo habitual y ofrecer nuestro apoyo y participación en futuros proyectos.

La actividad de devolución de resultados a los participantes ha sido en sí misma una intervención en la que hemos pretendido sensibilizar a estos jóvenes en la violencia de control y determinados roles que pueden conllevar en un futuro comportamientos de violencia de género con sus parejas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

7. OBSERVACIONES.

El grupo de trabajo se mantiene creado y no descartamos colaboraciones futuras. Nos habíamos planteado ampliar la devolución de los resultados a las familias de los jóvenes participantes e incluso a la población general de Monzón ya que creemos que puede resultar interesante y puede servir como actividad para sensibilizar de dicho problema a la sociedad.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1437 ===== ***

Nº de registro: 1437

Título
PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

Autores:
JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALASTUEY FLETA CONCEPCION, ALLUE BLANCO MARIA, BUENO OLIVAN MILVA, GARCIA MINGUEZ MARIA, LAMARCA GAY ROCIO, LASCORZ CORTINA PILAR, LOPE DALMAU ISABEL ANGELA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Violencia de género
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Muchos adolescentes no reconocen como violencia de género (VG) conductas de desigualdad y de control a la pareja, lo cual se relaciona con la probabilidad de padecer VG en edad adulta. En nuestro entorno no se ha desarrollado una estrategia integral en los centros educativos y sanitarios. Por ello, planteamos un proyecto de prevención de VG en 2 fases: Detección e intervención.

RESULTADOS ESPERADOS
Conocer la situación actual de los y las adolescentes de un centro de educación secundaria en relación a la igualdad y la exposición a la violencia de género.

Facilitar intervenciones dirigidas a promover la igualdad y a prevenir la violencia de género en el medio educativo y sanitario a través de proyectos de promoción de salud.

MÉTODO
1. Creación de un equipo de trabajo integrado por profesionales de los Servicios Sociales, Pediatría, Medicina Familiar y Comunitaria, Enfermería y Educadores.

2. Desarrollo de un trabajo grupal en varias fases:

Documentación y conocimiento del tema objeto de estudio.
Elaboración de cuestionario para explorar conocimientos sobre violencia de género y detectar conductas violentas o de desigualdad entre los adolescentes.
Realización del cuestionario en un control con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
Recogida de datos y análisis de resultados.
Planificación de la intervención.

4: Realización del cuestionario en un grupo con el fin de valorar la correcta comprensión del lenguaje utilizado y las cuestiones planteadas.
5: Realización individualizada del cuestionario en el centro escolar en primer ciclo de secundaria.
6: Recogida de datos y análisis de resultados.
7: Planificación de la intervención.

INDICADORES
Análisis descriptivo de los resultados cuantitativos y cualitativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1437

1. TÍTULO

PROYECTO DE PREVENCIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN ADOLESCENTES

DURACIÓN

Fase de detección : 1 año
Fase de Intervención: 1 año

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA BORDAS BUIL
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LAFRAGÜETA PUENTE BELEN
GUEVARA LOPEZ TERESA
VAZQUEZ FERNANDEZ JAQUELINE
LANAU FIERRO YOLANDA
PABLO CASADO ARTURO
FOJ JIMENEZ ERIKA
BARRANCO OBIS MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Octubre de 2018 se puso en marcha un protocolo de triaje que implica al personal administrativo, que es el que recoge todas las consultas indmemorables que se demandan de 8 a 15 horas.

Si el motivo de consulta es administrativo (bajas, recetas,...) se les oferta la primera hora libre de la agenda de su médico.

Si el motivo de consulta es clínico se citan en la agenda de enfermería como "CONSULTA INDEMEMORABLE". Es el personal de enfermería el que establece la prioridad de esa demanda en base a criterios clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se planteó la primera evaluación de resultados para Octubre de 2019, es decir, un año después de la puesta en marcha del proyecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De todas formas deberemos replantearnos la evaluación de resultados, ya que precisamente desde Octubre de 2018 contamos con una consulta de rebosamiento, en la que se atienden los problemas de salud que no pueden esperar hasta la cita ofertada en la agenda de su MAP.

Esto ha disminuido el número de indmemorables que se ven cada mañana en las consultas de Atención Primaria. Deberíamos enfocar más la evaluación de resultados en la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención Primaria, que deberían haberse reducido

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/932 ===== ***

Nº de registro: 0932

Título
TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

Autores:
BORDAS BUIL YOLANDA, LAFRAGUETA PUENTE BELEN, GUEVARA LOPEZ TERESA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE, LANAU FIERRO YOLANDA, PABLO CASADO ARTURO, FOJ JIMENEZ ERIKA, BARRANCO OBIS MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Motivos de consulta
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Centro de Salud Monzón Urbano se caracteriza por tener unas cifras de consulta a demanda diarias muy elevadas, lo que ocasiona que haya muchos días de lista de espera para que el paciente pueda ser visto por su médico de Atención Primaria.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0932

1. TÍTULO

TRIAJE DE CONSULTAS INDEMEMORABLES EN EL CENTRO DE SALUD MONZON URBANO

En concreto, de los 9 médicos titulares de adultos adscritos al Centro de salud, uno de ellos acumulaba en la semana 16 11 días de lista de espera, en dos cupos 7 días, y en otros 2, 6 días, de lo que se deduce que más de la mitad de la población adulta asignada a este centro tiene que esperar una semana para ver atendido un problema de salud. Estos datos son extrapolables también a las consultas de pediatría. Como consecuencia de esto, todos los días hay un elevado número de consultas indemorables en la franja horaria de la mañana. Esto conlleva una gran presión asistencial y va en relación inversa a la calidad de la asistencia prestada

RESULTADOS ESPERADOS

Se persigue con este proyecto mejorar la calidad asistencial organizando las citas indemorables en base a motivos de consulta o criterios clínicos, de forma que no sea el paciente quien decida el tiempo de demora para ser atendido según el grado de "urgencia percibida", sino el personal sanitario, de acuerdo con un protocolo establecido que mida la "urgencia real"

MÉTODO

Se pretende que todas las consultas indemorables que se generen entre las 8 de la mañana y las 15 horas, pasen por un proceso de triaje que comenzaría en el servicio de admisión, como puerta de entrada al sistema sanitario, y continuaría en las consultas de enfermería de cada equipo de atención primaria. De esta forma, y en base a un protocolo por definir, se clasificaría el motivo de consulta de cada paciente en 4 estadios de gravedad, que condicionarían el tiempo de espera para recibir atención. En una segunda fase se implementaría el mismo sistema de triaje en Atención Continuada, de modo que se organice la asistencia en base a criterios clínicos.

INDICADORES

Como primer paso haremos un balance cuantitativo del número de consultas indemorables que se atienden en un periodo de tiempo determinado y seguidamente estableceremos el protocolo de triaje atendiendo al tipo de consulta (burocrática o clínica) y a la potencial gravedad de la misma.

-Número de indemorables atendidos en consulta médica en 2017-nº de indemorables atendidos en el mismo periodo de 2018.

-Días de espera para ser visto por el médico de AP en 2017-días de espera para ser visto por el médico de AP en el mismo periodo de 2018

DURACIÓN

Nos planteamos la puesta en marcha del proyecto en el mes de Octubre de 2018. La primera evaluación de resultados se llevaría a cabo al año de comenzado el proyecto, cuantificando la diferencia existente entre ambos periodos en cuanto al número de consultas indemorables y a la variación de los días de lista de espera necesarios para ser atendidos por el médico de Atención 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 - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE ROCIO LAMARCA GAY
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS MONZON URBANO
· Localidad MONZON
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALLUE BLANCO MARIA
ARA USIETO MARISOL
JAVIERRE MIRANDA ELENA
LOPE DALMAU ISABEL
RIVAS CALVETE MARTA
VELASCO MANRIQUE MARTA VEGA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este tiempo hemos decidido variar ligeramente el contenido del proyecto. Lo planteamos inicialmente como un grupo de crianza y lactancia, pero dado que en el Centro de Salud de Monzón Urbano estamos trabajando en el proyecto IHAN, habiendo obtenido ya el certificado 1D, decidimos adecuar los contenidos del taller a los requisitos de la IHAN. El principal cambio consiste en los contenidos del taller, que van a ir dirigidos principalmente a la lactancia materna. También hemos variado la estructura, para adecuarla a los requisitos de IHAN.

Por ello, debido al incremento de trabajo que esto suponía, así como el cambio de personal que hemos tenido en el centro, incluidas personas implicadas en el proyecto, hemos retrasado ligeramente el calendario de actuación que nos habíamos marcado, habiendo trabajado otros aspectos que no habíamos incluido inicialmente.

- Hemos definido las sesiones tipo del taller de lactancia, basándonos en los requisitos de IHAN, en cuanto a duración, frecuencia y actividades del taller.
- Hemos preparado una hoja de inquietudes para rellenar por las familias el primer día que acudan al taller.
- Se ha preparado una hoja de registro de asistencia y de comentarios sobre la evolución del taller.
- La dinámica del taller consistirá en una presentación semanal de asistentes y una pequeña relajación y posteriormente se tratarán los posibles problemas o cuestiones relacionadas con la lactancia de manera libre con las madres, potenciando que se planteen dudas y cuestiones, tratando que haya la mayor participación y que madres más experimentadas puedan ayudar a otras madres que están iniciando la lactancia.
- Los días en los que no hubiera suficiente participación, hemos preparado 12 sesiones teóricas cortas, de unos 20 minutos de duración para utilizar en esas ocasiones.
- Las sesiones teóricas preparadas abordan los principales problemas y preocupaciones que pueden plantearse durante la lactancia materna:
 - Importancia de la lactancia materna.
 - Técnica y correcto agarre.
 - Piel con piel. Señales de hambre. Instinto.
 - Crecimiento del lactante amamantado. Baches de lactancia.
 - Extracción del leche materna.
 - Conservación de leche materna.
 - Porteo y colecho.
 - Páginas web recomendadas.
 - Anticoncepción durante la lactancia.
 - Planificación de la vuelta al mundo laboral.
 - Suelo pélvico y espalda sana.
- Durante el mes de enero se está realizando la captación de pacientes y la publicidad del taller.
- Se van a iniciar los talleres el jueves 30 de enero, con periodicidad semanal a partir de ese momento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Formación del personal y preparación de los distintos talleres
- Difusión del proyecto entre las familias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Adaptación a las nuevas circunstancias del centro, con cambios en el personal.
Adaptación al nuevo proyecto IHAN que estamos llevando en el centro de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1443 ===== ***

Nº de registro: 1443

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Título
GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Autores:
LAMARCA GAY ROCIO, ALLUE BLANCO MARIA, ARA USIETO MARISOL, JAVIERRE MIRANDA ELENA, LOPE DALMAU ISABEL, RIVAS CALVETE MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS MONZON URBANO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sin patología, madres y padres de recién nacidos
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la sociedad actual, es frecuente que los padres no tengan ninguna experiencia en el cuidado de un recién nacido o lactante pequeño, y cuando son padres por primera vez, se sienten desbordados. Durante los primeros meses tras el nacimiento de un bebé, las familias tienen numerosas dudas en relación al cuidado del bebé, su alimentación (en especial, la lactancia materna), el desarrollo psicomotor, el manejo de la patología banal... Por ello, las consultas de pediatría suelen estar saturadas de consultas de este tipo.
Un objetivo prioritario de las consultas de pediatría suele ser tratar de devolver la autonomía en el cuidado del bebé a las personas que les corresponde, es decir, a sus padres. También desde las consultas de pediatría y obstetricia promovimos la lactancia materna, tratando de mejorar el número de mujeres que consiguen una lactancia materna exclusiva.
La educación grupal, además de solucionar este tipo de dudas y dar mayor seguridad a las familias al aumentar los conocimientos en puericultura, tiene un papel muy importante al juntar personas con la misma situación personal, lo que permite que se sientan comprendidas y que muchas veces, puedan aportar solución a las cuestiones que plantean otras personas del grupo.
En el centro de salud existe un grupo de educación maternal prenatal, de esta manera conseguiremos dar continuación al trabajo realizado por las matronas una vez que ha nacido el bebé.

RESULTADOS ESPERADOS
Conseguir que los padres ganen en seguridad y autonomía en el cuidado de sus hijos, mediante la adquisición de conocimientos y la puesta en común de soluciones a los problemas derivados de la crianza
Potenciar la auto-estima de las madres y los padres al sentirse más seguros en los cuidados.

MÉTODO
- El grupo contará con los profesionales del equipo de atención primaria del Centro de Salud de Monzón, coordinados desde el equipo de pediatría.
- Se realizará en la sala que disponemos para la educación preparto.
- Formación de los profesionales en el área a tratar.
- Se ofrecerá la actividad a las familias en las visitas al equipo de pediatría. En esta primera toma de contacto, se le ofrecerá un programa con el calendario previsto de las sesiones.
- Será un grupo abierto, donde las madres y padres puedan ir viniendo según intereses y posibilidad de acudir. Se potenciará que las familias acudan con los bebés.
- Un día a la semana, se realizará el taller de educación grupal, que será dirigido por los distintos profesionales que integran la atención a la madre y al recién nacido, según el tema que se trate ese día.

INDICADORES
- Registro de familias que acuden al programa.
- Cuestionario de satisfacción al finalizar los talleres.

DURACIÓN
- Creación del grupo de trabajo en abril 2019.
- Formación de los profesionales y elaboración de las charlas/talleres en julio-agosto 2019.
Un posible calendario de sesiones (pendiente de consensuar y preparar por todo el equipo), flexible también según los intereses de los/as asistentes, sería:
Cuidados del recién nacido
Lactancia materna
Desarrollo psicomotor en el bebé y estimulación precoz
Sueño infantil
Vínculo afectivo o apego

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1443

1. TÍTULO

GRUPO DE CRIANZA EN EL CENTRO DE SALUD DE MONZON

Alimentación complementaria
Patología frecuente en pediatría: fiebre, catarros, diarrea.
Vacunación infantil.
- Elaboración de los cuestionarios en septiembre 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 - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA CASTILLON LOSCERTALES

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro CS TAMARITE DE LITERA
- Localidad TAMARITE DE LITERA
- Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PASCUAL FRANCO MONICA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
PARDO MIGUEL MARIA PILAR
GARCIA DINNBIER AINA
VEGA CUETO ANA
CUY CODINA MARIA ANGELES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo 2017: Elaboración de las Hojas de registro de actividad e incidencias.

Abril 2017: Sesión informativa a todos los miembros del centro sobre este proyecto de mejora de calidad y procedimiento para las revisiones pertinentes.

Abril 2017 - actualidad:

Revisiones sistemáticas y por apartados:

- Diaria: sala de urgencias (de lunes a viernes, de 15 a 17h. MAP y EAP)
- Semanal: sala de urgencias y coche del centro de salud (sábados y domingos. MAC y EAC).

Hoja de incidencias:

- Disponible para rellenar ante cualquier deficiencia, en cualquier momento. Se traslada verbalmente a los coordinadores.

Octubre 2017

Reestructuración del mobiliario y del material de la sala de urgencias para una atención más coordinada.

Diciembre 2017

Petición y recepción por la Gerencia del Sector Barbastro, de dos maletines de emergencias (circulatorio y respiratorio) para la asistencia en vía pública y domicilio.

Enero 2018

Equipación de los maletines, elaboración de las hojas de su contenido/ubicación de los diferentes materiales y fármacos en los mismos.

Presentación de los maletines en sesión informativa a todos los miembros del EAP. Consenso entre el EAP

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dada la necesidad organizativa de la sala de urgencias y planteadas sus ventajas, todo el personal del EAP ha acogido satisfactoriamente la idea planteada y han colaborado activamente en la revisión de la sala y del coche del centro de salud, consiguiendo:

Valoración mensual:

- Las hojas de registro de revisiones han sido cumplimentadas.
- La sala de urgencias y el vehículo del centro se encuentra siempre ordenado y con todo el material necesario para una atención urgente.
- Correcto y exhaustivo control de las caducidades.
- Material de electromedicina correctamente revisado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente la elaboración de una hoja de stock mínimo de fármacos y fungible que debe contener la sala de urgencias.

Dada la buena acogida del control periódico y sistematizado de la sala de urgencias-vehículo, así como los resultados obtenidos, el EAP de Tamarite de Litera continuará utilizando las hojas de registro de actividad e incidencias creadas a partir de este proyecto.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1066 ===== ***

Nº de registro: 1066

Título
MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:
CASTILLON LOSCERTALES ANA, PASCUAL FRANCO MONICA, LOPEZ-FRANCO JIMENEZ ELENA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, GARCIA DINNBIER AINA, VEGA CUETO ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención patología urgente en Atención Primaria
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En la cadena asistencial de nuestro sistema de Salud, la Atención Primaria es el primer eslabón en la atención de la Urgencia, bien en los Centros de Salud o en el propio domicilio del paciente.

Es en la Atención Primaria donde se atiende, de forma inicial, el mayor número de situaciones de emergencia vital y de parada cardio-respiratoria, en las que es muy importante una atención correcta y precoz, tanto para la supervivencia del paciente como para prevenir complicaciones o minimizar secuelas, que influirán en su futura calidad de vida. Asimismo, una correcta actuación también puede generar menos coste económico a nivel de estancia hospitalaria, fármacos,...

Por otro lado, en un Centro de Salud rural, como es el caso del C.S. Tamarite de Litera, es amplio el horario en el que en el centro solamente permanecen, para la atención de la población total, dos personas: médico y enfermera/o.

El objetivo de este proyecto es realizar un control periódico y sistematizado de la sala de Urgencias y del coche del C.S. con el fin de que en la utilización diaria, tanto en el horario de Atención Continuada como en las posibles urgencias acaecidas en el horario ordinario, esté presente en ambos todo el material disponible (tanto fungible como técnico), a mano, y en condiciones de uso inmediato.

Con ello se facilitará una mejora en la calidad asistencial, al acompañar a la toma de decisiones oportunas el conocimiento del material disponible.

RESULTADOS ESPERADOS

- Sala de Urgencias siempre en condiciones adecuadas para atender las posibles urgencias.
- Revisión correcta de sala y maletines.
- Carro de paros revisado y en correcto estado.
- Material de electromedicina revisado.
- Stock mínimo de fungibles y medicación.
- Carro de curas ordenado y con material necesario.
- Coche en perfecto estado y con material revisado para los desplazamientos urgentes.

MÉTODO

* Método:

- Se tratará de implicar a todo el personal sanitario del Centro de salud.
- Hojas de registro de actividad e incidencias.

* Actividades:

Se realizará una revisión diaria de la sala de Urgencias, sistematizada por apartados, y semanal del coche, de forma que con una periodicidad mensual todo el material esté revisado.

Durante la semana laboral, de lunes a viernes, se revisará la sala de Urgencias en horario de 15 a 17h, y corresponderá hacerlo al personal: médico y enfermera que cubran dicho horario.

En los fines de semana, la revisión de la sala de Urgencias y del coche del C.S. la realizará el personal de Atención Continuada (MAC y EAC).

Cada revisión quedará reflejada y firmada por el/los sanitarios que la realicen en la casilla correspondiente de unas hojas de registro de la actividad.

También se anotará en la misma hoja, en el apartado "observaciones", las deficiencias encontradas y subsanadas, así como el material repuesto.

Las incidencias que no puedan subsanarse se comunicarán a los coordinadores del E.A.P. para buscar la solución apropiada.

También se ha creado una hoja de registro donde anotar las deficiencias que se detecten, tanto en la sala de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1066

1. TÍTULO

MEJORA DEL MANTENIMIENTO DE LA SALA DE URGENCIAS Y DEL COCHE DEL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Urgencias como en el coche, por parte de cualquier sanitario durante la jornada laboral, en un momento diferente a la revisión diaria.

INDICADORES

Se realizará la evaluación de este proyecto con periodicidad mensual.
Tendrá como objeto revisar la cumplimentación correcta de las hojas de registro y valorar si dicho proyecto es válido para alcanzar realmente los objetivos para el que ha sido creado.
Será un indicador de la consecución de objetivos el hecho de disminuir los apuntes en la hoja de incidencias
Dicha evaluación se plasmará en un informe que se presentará en una reunión del EAP, para hacer una valoración en común y realizar los cambios y/o mejoras oportunos.

DURACIÓN

Durante el mes de Marzo se crearán las hojas de registro de actividades e incidencias.
Abril se pondrá en marcha el programa.
Se revalorará cada mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 2 Poco
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 2 Poco
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE MONICA PASCUAL FRANCO
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro CS TAMARITE DE LITERA
 · Localidad TAMARITE DE LITERA
 · Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
 SANCHEZ BUJ ESTRELLA
 RIVARES BACHES MANUEL
 ESTEVE CAPDEVILA EULALIA
 CASTILLON LOSCERTALES ANA CRISTINA
 MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de cuatro profesionales del Centro de Salud de Tamarite de Litera a través del curso On-line realizado por el IACS "Registro de la información en OMI-AP y RE":

- Médico: Mónica Pascual Franco.
- Médico: AinaGarcía Dinbier
- Enfermera: Estrella Sánchez Buj
- Enfermera: Concepción Pueyo Enrique (Además, realizó el curso organizado por el Sector Barbastro: "Calidad en el registro de datos en el aplicativo OMI-AP")

Finalizada la formación de los profesionales, se han realizado distintas sesiones formativas para todo el personal del Centro de Salud.

Las sesiones impartidas hasta las fecha han sido las siguientes:

- 1ª sesión (21/09/2017): Agenda en OMI
- 2ª sesión (28/09/2017): Lista de pendientes en OMI
- 3ª sesión (05/10/2017): Protocolos
- 4ª sesión (19/10/2017): Gestión de antecedentes, condicionantes y problemas.
- 4ª sesión (02/11/2017): Apuntes y curso clínico
- 5ª sesión (16/11/2017): Pantalla tapiz planes de cuidados
- 6ª sesión (14/12/2017): Registro vacunal
- 7ª sesión (18/01/2018): Elaboración de un plan de cuidados

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: N° de asistentes a las sesiones formativas/N° total de miembros del EAP x 100

Estándar marcado: >60%

Resultado alcanzado: 85%

Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
3ª sesión	18	85%	>60%	
4ª sesión	17	66%	>60%	
5ª sesión	17	80%	>60%	
6ª sesión	18	85%	>60%	
7ª sesión	19	90%	>60%	
TOTAL	125	85%	>60%	

INDICADOR 2:

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior.
- Fórmula del indicador: N° pacientes diagnóstico EPOC 2016/N° pacientes diagnóstico EPOC 2017
- Estándar marcado: 0,3%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-C.S. Tamarite de Litera.

INDICADOR 3:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Nombre del indicador: Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año.
- Fórmula del indicador: M° de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios/N° de pacientes con diagnóstico de EPOC x 100
- Standar marcado: 70%.
- Resultado alcanzado: pendiente.
- Método de obtención: resultados del Acuerdo de Gestión Sector Barbastro-CS Tamarite de Litera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A pesar de las sesiones de formación de corta duración impartidas de septiembre a diciembre de 2017, percibimos que todavía no todo el personal del Centro de Salud realiza el registro de los datos de manera homogénea. Por ello, y por deseo expreso de los compañeros, creemos necesaria la continuación de este proyecto de mejora. Además, no conocemos todavía los resultados del último acuerdo de Gestión, lo que nos permitiría evaluar el cumplimiento de dos de los tres indicadores marcados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1481 ===== ***

N° de registro: 1481

Título
GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

Autores:
PASCUAL FRANCO MONICA, SANCHEZ BUJ ESTRELLA, GARCIA DINNBIER AINA, RIVARES BACHES MANUEL, ESTEVE CAPDEVILA EULALIA, CASTILLON LOSCERTALES ANA, MOTIS MONTES GABRIEL, CUY GODINA MARIA ANGELES

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente la Atención Primaria se encuentra informatizada. Los profesionales sanitarios accedemos a la hª clínica del paciente a través del aplicativo informático que conocemos como OMI-AP. Se trata de una herramienta que bien utilizada, mejora la calidad del dato recogido lo que deriva en un mejor control de nuestros pacientes y de la calidad asistencial. La percepción que tenemos es que, dicha herramienta está siendo infrutilizada debido en parte a la diversidad de los métodos de registro empleados por los profesionales sanitarios ya que sólo unos pocos están correctamente formados para tal uso.

RESULTADOS ESPERADOS

Proporcionar a los profesionales de nuestro EAP los conocimientos suficientes para llevar a cabo correctamente los registros de la información clínica en base a nuestra cartera de servicios.

MÉTODO

- Formación de dos profesionales del EAP (un médico y una enfermera) a través del curso online realizado por el IACS de "Registro de la información en OMI-AP y RE".
- Sesiones formativas una vez realizado el curso para el resto de los profesionales del EAP.
- Solicitar acceso al material didáctico de dicho curso para realizar las sesiones formativas.

INDICADORES

- N° asistentes a las sesiones formativas del EAP/N° total de miembros del EAP mayor del 60%.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1481

1. TÍTULO

GESTION ADECUADA DEL REGISTRO EN OMI-AP EN UN EAP

- Mejora de datos de registro sobre prevalencia de EPOC con respecto al año anterior, hasta un 0,3.
- Mejora de datos de registro con respecto al año anterior de pacientes con diagnóstico de EPOC y registro de síntomas respiratorios en el último año, hasta un 70%.

DURACIÓN

- Primer cuatrimestre de 2017 formación de dos profesionales del EAP.
- Sesiones clínicas de corta duración de septiembre a diciembre de 2017.
- Valoración de resultados del Acuerdo de Gestión 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CUI CODINA MARIA ANGELES
RIVARES BACHES MANUEL
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo de 2017

Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:

- Ana Delia Castillo López: médico de atención continuada.
- Judit Ramos Español: enfermera de jornada ordinaria.

Ambos responsables han recibido previamente formación específica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS(FOCCUSS) y/o SALUD.

Abril de 2017

Identificación de pacientes pertenecientes al C.S. de Tamarite, candidatos a cuidados paliativos. Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017-Enero 2018

Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:

- Ana Delia Castillo López:
1ª sesión (30/11/2017): ¿Qué es un paciente paliativo?
- Judit Ramos Español:
2ª sesión (18/01/2018): Cuidados en el paciente paliativo

Enero 2018

Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP. Uno dirigido para medicina y otro, para enfermería.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

Fórmula del indicador: N° asistentes a las sesiones formativas del EAP / N° total de miembros del equipo x 100

Estándar marcado: >60%

Resultado alcanzado: 86%

Método de obtención: hoja de firmas de asistencia a cada sesión formativa.

Nº sesión	Nº asistentes		Estándar alcanzado	Estándar
1ª sesión	20	95%	>60%	
2ª sesión	16	76%	>60%	
TOTAL	36	86%	>60%	

INDICADOR 2:

Nombre del indicador: satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.

Estándar marcado:>65%

Resultado alcanzado: encuesta pendiente de realizar.

Método de obtención: encuesta a familiares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los profesionales del Centro de Salud muestran agradecimiento tras las sesiones formativas y demandan más formación para abordar con mayor calidad la atención al paciente paliativo.

Queda pendiente la realización de la encuesta a familiares, para lo que sería necesaria la ampliación de este proyecto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1482 ===== ***

Nº de registro: 1482

Título
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

RESULTADOS ESPERADOS
Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO
Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES
- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.
- Nº asistentes del EAP a las sesiones formativas/ Nº total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN
- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMOS ESPAÑOL JUDIT
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CUY GODINA MARIA ANGELES
PASCUAL FRANCO MONICA
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
RIVARES BACHES MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo 2017

Nombramiento de responsables de cuidados paliativos:

Ana Delia Castillo López: Medico de Atención continuada.

Judit Ramos Español: Enfermera de Atención Primaria.

Ambos responsables han recibido previamente formación específica en cuidados paliativos en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

ABRIL 2017

Identificación de pacientes pertenecientes al CS de Tamarite de Litera, candidatos a cuidados paliativos. Elaboración de un dossier con los datos básicos de cada paciente, principales patologías y tratamiento que reciben.

Noviembre 2017- Diciembre 2018

Sesiones formativas dirigidas al personal del centro:

1ª Sesión: Oncología en AP, impartida por Ana Delia Castillo. Día 30 de Noviembre de 2017.

2ª Sesión: Criterios de Terminalidad en un paciente paliativo, impartida por Ana Delia Castillo y Judit Ramos. Día 21 de Diciembre de 2017.

3ª Sesión: Dolor en Cuidados paliativos, impartida por Ana Delia Castillos y Judit Ramos. Día 28 de Diciembre de 2017.

4ª Sesión: Sedación paliativa, impartida por Ana Delia Castillo y Judit Ramos. Día 18 de Enero de 2018.

5ª Sesión: Taller vía Subcutánea y Cuidados del paciente Paliativos. Día 20 de Diciembre de 2018.

Enero de 2018

Realización y reparto de trípticos para los profesionales del EAP.

Un tríptico para los profesionales de medicina.

Síntomas frecuentes y tratamiento habitual.

Manejo de fármacos.

Fármacos mezclables habitualmente.

Fármacos más usados por vía subcutánea.

Un tríptico para los profesionales de enfermería.

Cuidados de enfermería- sedación.

Cuidados de la boca.

Nutrición

Vía Subcutánea.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1:

$$\frac{\text{Nº asistentes a las sesiones formativas del EAP}}{\text{Nº total de miembros del EAP}} \times 100$$

1ª Sesión:

Asistentes: 20 20/21x100= 95%

Estándar Alcanzado: 95%

Estándar Marcado: >60%

2ª Sesión:

Asistentes: 20 20/21x100= 95%

Estándar Alcanzado: 95%

Estándar Marcado: >60%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

3ª Sesión:

Asistentes: 18 $18/21 \times 100 = 86\%$
Estándar Alcanzado: 86%
Estándar Marcado: >60%

4ª Sesión:

Asistentes: 16 $16/21 \times 100 = 76\%$
Estándar Alcanzado: 76%
Estándar Marcado: >60%

5ª Sesión:

Asistentes: 21 $21/21 \times 100 = 100\%$
Estándar Alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >60%

TOTAL: 90%

INDICADOR 2:

Nombre del indicador: Satisfacción de los familiares sobre la adecuación de la atención recibida.

TOTAL: 14 ENCUESTAS.

ENCUESTA entregada a los familiares/ cuidadores:

1- ¿Cree que el dolor de su familiar se controla bien?

-SI
-NO
-NS/NC

2- ¿Cree que su muerte fue tranquila en paz?

-SI
-NO
-NS/NC

3- ¿Está satisfecho con la información recibida sobre la enfermedad y su evolución?

-SI
-NO
-NS/NC

4- ¿Usted tuvo facilidades para hablar con el equipo de Atención Primaria?

-SI
-NO
-NS/NC

5- Marque las características que usted cree que define el ambiente del equipo:

- Acogedor
- Tranquilizador
- Amable
- Frio
- Aspero
- Triste

6- ¿Hay algo que no le gusta?

-SI
-NO
-NS/NC

7- ¿Qué cree que podemos mejorar?

- NADA
- ALGO
- TODO

*¿Cree que el dolor de su familiar se controla bien?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias

_____ x100

Nº de encuestas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* ¿Crees que su muerte fue tranquila y en paz?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

*¿Esta satisfecho de la información recibida sobre la enfermedad y su evolución?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* Usted tuvo facilidades para hablar con el grupo de At. Primaria?

SI: 14
NO: 0

Nº respuestas satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

*¿Hay algo que no le gusto?

SI: 0
NO: 14

Nº respuestas NO satisfactorias _____ x100

Nº de encuestas

14/14x 100= 100%

Estándar alcanzado: 100%
Estándar Marcado: >65%

* Marque las características que usted cree que define el ambiente del equipo de At. Primaria:

- Acogedor: 12 12/14x100=86% Estándar Alcanzado: 86%
Estándar Marcado: >65%
-Tranquilizador: 13 13/14x100= 93% Estándar Alcanzado: 93%
Estándar Marcado: >65%
-Amables: 13 13/14x100=93% Estándar Alcanzado: 93%
Estándar Marcado: >65%
-Frio: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%
-Aspero: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

-Triste: 0 1/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%
Estándar Marcado: >65%

*¿Qué cree que podemos mejorar?

-NADA: 14 14/14x100=100%. Estándar Alcanzado: 100%

Estándar Marcado: >65%

-ALGO: 0 0/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%

Estándar Marcado: >65%

-TODO: 0 0/14x100=0%. Estándar Alcanzado: 0%

Estándar Marcado: >65%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los familiares y cuidadores de los pacientes con cuidados paliativos atendidos en este proyecto de mejora se encuentran satisfechos y muy agradecidos por la atención recibida por los profesionales de nuestro centro de salud, tal y como indican los resultados de las encuestas. Creen que es necesario tener un buen soporte en estas situaciones tan complicadas tanto para los paciente como para los familiares.

Por otra parte los profesionales del centro han agradecido encarecidamente las sesiones realizadas en el centro, ya que les ha facilitado mucho el trabajo en su día a día de la consulta de At. Primaria. Cada vez es más frecuente tener pacientes con cuidados paliativos por eso todos lo profesionales tendríamos que tener conocimientos de como actuar y trabajar con estos pacientes que requieren de nuestros cuidados.

Por todo lo comentado se finaliza el proyecto pasando a ser oferta del Centro de Salud de Tamarite.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1482 ===== ***

Nº de registro: 1482

Título
CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, GARCIA DINNBIER AINA, PARDO MIGUEL MARIA PILAR, VEGA CUETO ANA, RIVARES BACHES MANUEL, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRONICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cuando hablamos de Cuidados Paliativos nos encontramos con dos tipos de pacientes, los oncológicos y los no oncológicos.
En nuestra Zona Básica de Salud hay un porcentaje de enfermos crónicos de alta complejidad, mayor que la media de nuestra comunidad.
Estos enfermos crónicos de alta complejidad pueden presentar patologías que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con su enfermedad.
Es en estos pacientes donde nos hemos dado cuenta que nos cuesta más renunciar a un tratamiento específico de su patología, aún cuando el propio paciente y la familia establecen una renuncia razonable a ese tratamiento que conlleva un nuevo ingreso hospitalario. Más si cabe si presenta alguna reagudización o complicación de su patología crónica en horario de Atención Continuada donde es valorado por profesionales que no son su médico y enfermera de referencia.
Por todo ello, creemos necesario la implantación de nuestra propia Unidad de Cuidados Paliativos para que todos los pacientes y sus familiares reciban la mejor atención las 24 horas del día los 7 días de la semana

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1482

1. TÍTULO

CUIDADOS PALIATIVOS TODOS LOS DIAS, TODAS LAS HORAS

RESULTADOS ESPERADOS

Saber identificar cuando un paciente no oncológico se trata de un paciente paliativo y comunicarlo a todos los profesionales sanitarios que trabajan en nuestro Centro de Salud para mejorar la calidad de vida tanto del paciente como la de sus familiares y cuidadores siguiendo los mismos criterios.

MÉTODO

Nombrar a varios responsables que trabajan en Atención Continuada y en Jornada Ordinaria para que exista una mejor comunicación.
Sesiones formativas tanto para saber reconocer al paciente paliativo como para saber actuar ante las distintas situaciones con las que nos podemos encontrar.

INDICADORES

- Encuesta a los familiares sobre la adecuación de la atención recibida. Satisfactoria en un porcentaje mayor del 65%.

- N° asistentes del EAP a las sesiones formativas/ N° total de miembros del EAP mayor del 60%

DURACIÓN

- Preparación de las sesiones formativas y realización de trípticos para los profesionales sanitarios del EAP en el primer semestre de 2017.
- Sesiones formativas previa implantación de la Unidad.
- Implantación de la Unidad en el último cuatrimestre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE GABRIEL MOTIS MONTES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LAPEÑA LLERA ANABEL
GARCIA DINNBIER AINA
PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Con la finalidad de conocer los temas de salud que más inquietud despiertan entre la población:
- Ya existente: Buzón de sugerencias en el Centro de Salud de Tamarite de Litera y consultorios locales.
- Mayo-junio / 2017: Información a los pacientes desde las consultas y admisión de la existencia y ubicación de los buzones de sugerencias.

Reunión del EAP (tormenta de ideas) mayo 2017.

Finalmente se decidió que en el año 2017 se realizarían talleres de primeros auxilios para la población.

Taller primeros auxilios Castillonroy: impartido por Dra. Aína García Dinnbier. N° participantes 48.

Taller primeros auxilios Albelda: impartido por Dra. Mónica Pascual Franco y enfermera Judit Ramos Español. N° participantes 45

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Finalmente asistieron a los talleres de formación un total de: 93 personas.
Los principales resultados de las encuestas de satisfacción mostraron los siguientes resultados:
- 90% se mostraron muy satisfechos.
- 85% indicaron que la formación recibida resultará útil para mejorar su salud.
- 100% recomendarían estos talleres a otros familiares/amigos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente contactar con las diferentes asociaciones para conocer sus inquietudes.
La EpS Comunitaria es un pilar básico de nuestro trabajo diario. Creemos que sería conveniente continuar con la realización de los talleres para empoderar a la población sobre hábitos de vida saludables. Nuestro día a día muestra como existe una importante falta de adherencia a los correctos hábitos H-D.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1484 ===== ***

N° de registro: 1484

Título
TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Autores:
MOTIS MONTES GABRIEL, CASTILLON LOSCERTALES ANA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CUY CODINA MARIA ANGELES, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, PASCUAL FRANCO MONICA, GARCIA DINNBIER AINA, CAMARA AVON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Habititos saludables en general

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1484

1. TÍTULO

TALLERES FORMATIVOS EN MATERIA DE SALUD Y HABITOS SALUDABLES PARA LA POBLACION REFERENTE AL CENTRO SALUD DE TAMARITE DE LITERA

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde el centro de salud, distintos compañeros vienen realizando a título personal, formación y talleres en distintas corporaciones y asociaciones referentes a temas de salud. Estos temas se han iniciado a propuesta de entidades o bien por observación de una falta de información en la población diana referente a un tema en cuestión. En ocasiones son charlas para adolescentes o sobre problemas de salud en la tercera edad, o población en general, jornadas de puertas abiertas del Centro para los niños de Guardería, talleres orientados a ampliar conocimientos en determinados grupos de riesgo (EPOC, DIABETICOS, HIPERTENSOS...) formación básica en RCP para la población en general...
Se propone realizar talleres orientados al cuidado de la salud en las distintas etapas de la vida, desde la infancia a la tercera edad y así dejar protocolizada la información compartida con los usuarios.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer cuales son los principales temas de salud que mayor interes despiertan en la poblacion
Animar a la poblacion a participar en las distintas actividades que de la formación puedan surgir
Registrar la formacion impartida a la poblacion gral, por los distintos componentes del equipo de salud

MÉTODO

Recoger informacion relevante en temas de salud, que los distintos organismos y asociaciones tengan interés en implementar.
Para ello se propone dejar un buzón de sugerencias para proponer temas en Ayuntamiento y Centro de Salud.
Recoger las inquietudes que puedan surgir del consejo de salud de zona,
Proponer a la Escuela e IES, la posibilidad de que los alumnos reciban información sobre hábitos de vida saludables, impartidos por los profesionales del centro.
Contactar con las distintas asociaciones, para conocer las inquietudes sobre temas de salud que estos puedan tener y sobre estos temas, realizar talleres.

INDICADORES

La formación impartida, tiene por finalidad aumentar los conocimientos que la población dispone sobre mantenimiento de salud y hábitos saludables, se propone realizar al menos 3 talleres repartidos a lo largo del año natural sobre distintos temas de salud. Al finalizar los talleres se pasará un cuestionario de satisfacción para conocer el grado de aceptación del taller y si los conocimientos les serán útiles para mejorar o mantener los hábitos de salud.

DURACIÓN

El presente proyecto se iniciará en el año natural 2018, desde Enero hasta Diciembre, repartiendo un taller en cada cuatrimestre.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE ELENA CAMARA ABON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo de 2018 se informó al resto del equipo del proyecto a realizar y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.

En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.

En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al indicador : número de niños de 2º primaria que acuden a los talleres/ número total de niños de 2º primaria: acudieron el 100% de los niños a la primera sesión. (El estándar que se esperaba alcanzar era del 95%) Como todavía no hemos realizado la segunda sesión no podemos valorar el segundo indicador.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje.

En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años).

Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios.

A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
- 2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
- 3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO

Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud.

Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo.

Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables.

Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES

Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.

Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.

El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.

Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres

El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN

Mayo de 2018:

Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.

Elaboración de la encuesta alimentaria.

Elaboración de panfletos/pegatinas.

Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.

Junio de 2018:

Encuesta alimentaria a los niños.

Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.

Reparto de panfletos/pegatinas.

Octubre de 2018:

Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.

Diciembre de 2018:

Encuesta alimentaria a los niños.

Enero de 2019:

Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.

Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA CAMARA ABON
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MOTIS MONTES GABRIEL
JANER SUBIAS ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Mayo de 2018 se informó del proyecto arealizar al equipo de nuestro centro de salud, y nos pusimos en contacto con el colegio San Miguel de Tamarite de Litera. Contactamos con SARES donde nos informaron de distintas estrategias para realizar los talleres.

En Junio de 2018 elaboramos la encuesta alimentaria. Programamos conjuntamente con el colegio la primera reunión ya comenzado el curso escolar 2018-2019.

En Noviembre de 2018 acudieron los alumnos de 2º de primaria al centro de salud donde realizamos un taller de promoción de la salud y alimentación saludable, con actividades para los niños donde dimos a conocer también la actividad que realizamos diariamente en el centro de salud.

En marzo 2019, se realizó la encuesta alimentaria para pasar a los alumnos de 2º y 3º Primaria donde se refleja su edad, la comida y bebida que llevan al colegio como parte de su desayuno, y en qué consistía el desayuno de su casa.

Dados los cambios de personal en el centro de salud, todavía estamos pendientes de continuar en el desarrollo del proyecto.: contacto con el colegio para programar la realización de 2 talleres a lo largo de este año 2020: 1) grupos de alimentos y dieta equilibrada, y 2) preparando un desayuno saludable.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nº niños de 2º primaria que acuden a la sesión en el centro de salud / número total de niños de 2º primaria (95%): acudieron el 100% de los niños a la primera sesión.

Proyecto en desarrollo, pendiente de valorar el resto de indicadores:

-Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable al inicio de los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (50%).

- Nº niños de 2º y 3º de primaria que siguen un almuerzo saludable tras los talleres / Nº total de niños de 2º y 3º primaria que acuden a los talleres (70 %).

El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El taller realizado en el centro de salud tuvo muy buena acogida por parte del colegio y de los niños. La encuesta alimentaria es fácil de rellenar por los propios niños. Los niños son muy receptivos a la información que podemos aportar desde el sistema sanitario, por lo que nos parece interesante poder terminar este proyecto con buenos resultados y a raíz de éste elaborar nuevas estrategias de educación sanitaria en esta población diana.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/552 ===== ***

Nº de registro: 0552

Título
DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Autores:
CAMARA ABON ELENA, MOTIS MONTES GABRIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Sobre inputs/consumos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En esta época de aceleración y prisas, en ocasiones los niños van al colegio con un mínimo desayuno, que en ocasiones es escaso o no adecuado. Además, los alimentos que toman en almuerzo, a menudo distan de ser saludables. Por otro lado, una dieta equilibrada y sana, es primordial para asegurar un aporte adecuado de nutrientes en este periodo de desarrollo, crecimiento y aprendizaje. En las revisiones del niño sano de los nueve años, con bastante frecuencia apreciamos un desequilibrio nutricional por exceso no presente en la revisión anterior (6 años). Este aumento del IMC del niño, podría ser debido a la falta de buenos hábitos alimentarios. A partir de este proyecto, se pretende en primer lugar objetivar y posteriormente mejorar la adecuación de los hábitos alimentarios en los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera, edad en la que ellos mismos poseen capacidad de decisión, aprendizaje e instauración de correctos hábitos higiénico dietéticos. Se hará hincapié en potenciar un desayuno saludable.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Conocer los hábitos dietéticos de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.
- 2.- Orientar sobre la mejor forma de alimentarse e informar sobre las repercusiones que una alimentación de baja calidad puede suponer en el rendimiento escolar y en el mantenimiento de la salud.
- 3.- Mejorar los hábitos alimentarios en el desayuno-almuerzo de los niños de 2º y 3º de Primaria de Tamarite de Litera.

MÉTODO

Al inicio del proyecto, se realizará una sesión informativa sobre del Proyecto a todos los miembros del centro de salud. Mediante una encuesta, se recogerá información sobre los hábitos alimentarios de los niños de Tamarite de Litera que cursan 2º y 3º de Primaria, focalizándose en el desayuno-almuerzo. La misma encuesta, reflejará los alimentos que los niños han portado ese día a las aulas como almuerzo. Posteriormente, y en colaboración con el colegio, se realizarán diferentes talleres sobre dieta sana en los que los niños aprenderán a través del juego, sobre los alimentos saludables, los que no lo son, así como a elaborar sus propios menús de desayunos saludables. Finalizados los talleres, se realizará de nuevo la encuesta inicial para comparación de resultados.

INDICADORES

Numerador: nº de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite que acuden a los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria del colegio de Tamarite.
El estándar que se espera alcanzar es: > 95%

Numerador: niños de 2º y 3º de Primaria que siguen un almuerzo saludable al finalizar los talleres.
Denominador: número total de niños de 2º y 3º de Primaria que acuden a los talleres
El estándar que se espera alcanzar es: incremento de 20% respecto al resultado de la primera encuesta.

Con estos indicadores valoraremos el porcentaje de éxito obtenido con los talleres.

DURACIÓN

Mayo de 2018:
Sesión informativa del Proyecto al personal del centro de salud y al colegio de Tamarite.
Elaboración de la encuesta alimentaria.
Elaboración de panfletos/pegatinas.
Contacto con SARES para solicitar préstamo de material para los talleres.
Junio de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Taller 1.- Grupos de alimentos y dieta equilibrada.
Reparto de panfletos/pegatinas.
Octubre de 2018:
Taller 2.- Preparando un desayuno saludable.
Diciembre de 2018:
Encuesta alimentaria a los niños.
Enero de 2019:
Sesión informativa/formativa a los padres y AMPA con principales resultados encontrados. Refuerzo positivo.
Presentación de resultados a los compañeros del centro de salud.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0552

1. TÍTULO

DESAYUNOS SALUDABLES, EL PILAR DE UN BUEN DIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
PASCUAL FRANCO MONICA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
ACTIDADES REALIZADAS.

Marzo 2018

Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.

Abril 2018

Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.

A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.

Mayo 2018

Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informar sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.

Junio 2018

Se realizo:

* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)

* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)

Junio 2018- Junio 2019

Captación de pacientes en consulta de enfermería.

Septiembre- Octubre 2018

Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías. Previamente realizada formación específica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

Septiembre 2018

Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.

Octubre 2018

En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimiento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de espirometría.

PROCEDIMIENTOS PENDIENTES DE REALIZAR

-Seguir captando pacientes.

- Realización de espirometrías de los pacientes de nueva captación.

- Realización de sesiones clínica mensuales para nueva adquisición de conocimientos en nuestros paciente con diagnóstico de EPOC (tanto a los pacientes diagnosticados como los nuevos pacientes diagnosticados).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

- Realizar formación a cuidadores, profesiones de residencias de ancianos

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC

Encuesta anónima

Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta

Fecha:/...../.....

* Sexo:

Hombre ? Mujer ?

1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escribalos

.....
.....

2.- ¿Lo inhala directamente?

a. Sí ?

b. No ?

3.- ¿Utiliza cámara?

a.- Sí ?

b.- No ?

4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escribalos en el orden en que se administra.)

1º:
.....

2º .
.....

5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?

a. Sí ?

b . No ?

6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?

a.- Si ?

b.- No ?

7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:

a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones) Sí ? No?

b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?

c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar) Sí ? No?

8. ¿Cuántos segundos considera necesario aguntar?

a. Menos de 5 ?

b. Entre 5 y 10 ?

c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?

- a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?
- b. Espero 30 segundos ?
- c. Espero más de 30 segundos ?

10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?

- a. Si ?
- b. No ?

11.- Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?

- a. Nunca
- b. A veces:

- i. Mañana ?
- ii. Tarde ?
- iii. Noche ?

c. Cuando estoy sin síntomas

12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?

- a. Siempre ?
- b. Nunca ?
- c. A veces ?

13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?

- a. Ulceras bucales (heridas abiertas en la boca ?
- b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?
- c.- Otros (especificar)

.....
Gracias por colaborar

C. S. Tamairte de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS

Resultados pendientes

Indicador 1:

Prevalencia de EPOC:

Numerador: Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC

Denominador: Población asignada entre 40-79 años

Objetivo es alcanzar el 3.5%

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores.

Denominador: paciente que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objeto es que asista el 30%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Indicador 3:

Espirometrías:

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores.

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. CONCLUSIONES

Desde el centro de salud de Tamarite de litera elegimos este proyecto ya que la enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una enfermedad Infradiagnosticada, ya que en poco tiempo que llevamos haciendo espirometrías hemos captado nuevos pacientes. Al principio de comenzar nuestro proyecto de mejora se nos complico un poco la labor ya que el espirómetro del centro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrías, eso nos dificulto el trabajo. Una vez solucionado el problema continuamos con el proyecto según lo planificado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/556 ===== ***

Nº de registro: 0556

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:
CUI GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

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

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años. Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados. Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

MÉTODO

- ? Creación de un grupo de mejora.
- ? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)
- ? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.
- ? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.
- ? Inclusión del episodio "EPOC" en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.
- ? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.
- ? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

INDICADORES

Prevalencia EPOC:

Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC

Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad

Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:

Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores

Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías

Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.

Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

DURACIÓN

1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este. (mayo 2018)
4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre 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 - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES CUY GODINA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
LATORRE LASCORZ MARIA TERESA
CAMARA ABON ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo 2018

Elegimos proyecto de mejora para el Centro de Salud de Tamarite de Litera.

Abril 2018

Iniciamos proyecto de mejora que finalizara en Enero de 2020.

A finales del mes de abril se solicito a la dirección de Atención primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos de todos los pacientes pertenecientes al Centro de Salud de Tamarite.

Mayo 2018

Se realiza sesión clínica para todos los profesionales del centro de salud para informarles sobre el proyecto y desarrollo de este. En esta reunión se entrega a los profesionales de enfermería el listado de pacientes con tratamiento con inhaladores.

Junio 2018

Se realizo:

* Hoja de registro (Paciente/ diagnostico de EPOC/ Uso de inhalador correcto)

* Encuesta sobre conocimiento en uso de inhaladores (Anexo 1)

Junio 2018- Junio 2019

Captación de pacientes en consulta de enfermería.

Septiembre- Octubre 2018

Reciclaje de los profesionales de enfermería en la realización de espirometrías.

Previamente realizada formación específica en espirometrías en cursos realizados por el IACS (FOCCUSS) y/o SALUD.

Septiembre 2018

Comenzamos con la realización de espirometrías y entrega de encuestas para valoración.

Octubre 2018

En el centro de salud hemos creado un registro de espirometrías donde se registra fecha de realización de espirometrías, paciente fumador o ex fumador, utilización de inhaladores, diagnostico de EPOC, información para realizar espirometría, cumplimiento de las normas para realizar espirometría, técnica del paciente, colaboración del paciente, calidad de espirometrías.

Septiembre 2019

Se finaliza captación de paciente para realizar espirometrías.

Octubre 2019

Se realizar talleres "uso de inhaladores" tanto en cuidadores de residencia como paciente que usan inhaladores.

Enero de 2020

Se finaliza proyecto "DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR"

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTO EN USO INHALADORES EN EPOC

Encuesta anónima

Por favor, marque con una X en el recuadro la respuesta

Fecha:/...../.....

* Sexo:

Hombre ? Mujer ?

1.- ¿Qué medicamentos inhalados usa?. Escribalos

.....

2.- ¿Lo inhala directamente?

a. Sí

b. No

3.- ¿Utiliza cámara?

a.- Sí

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

- b.- No
- 4.- Cuando tiene que administrarse dos medicamentos, ¿cuál es el que se toma primero?. (Escríbalos en el orden en que se los administra.)
- 1ª:
- 2º:
- 5.- ¿Le han explicado en alguna ocasión cómo utilizar un inhalador?
- a. Sí
- b. No
- 6.- ¿Ha recibido otro tipo de consejos sobre el uso de inhaladores?
- a.- Si
- b.- No
- 7.- Respecto a la técnica de inhalación, usted realiza:
- a. Primero: Espiración previa (vaciar los pulmones) Sí ? No?
- b. Segundo: Inspiración post espiración (llenar los pulmones) Sí ? No?
- c. Tercero : Apnea después de inspirar (aguntar sin respirar) Sí ? No?
8. ¿Cuántos segundos considera necesario aguantar?
- a. Menos de 5 ?
- b. Entre 5 y 10 ?
- c- Lo que aguante (escriba cuantos segundos) ?
- 9.- En caso de tener que tomar otra dosis. ¿Cuánto tiempo espera?
- a. Me lo aplico directamente tras la anterior inhalación ?
- b. Espero 30 segundos ?
- c. Espero más de 30 segundos ?
- 10.- ¿Limpia el dispositivo de inhalación?
- a. Si ?
- b. No ?
- 11.- Con qué frecuencia se olvida de tomar los Inhaladores?
- a. Nunca
- b. A veces:
- i. Mañana ?
- ii. Tarde ?
- iii. Noche ?
- c. Cuando estoy sin síntomas
- 12.- ¿Se enjuaga la boca después de usar el inhalador?
- a. Siempre ?
- b. Nunca ?
- c. A veces ?
- 13.- ¿ Desde que usa el inhalador ha tenido alguna vez alguna infección de las que le comentamos a continuación?
- a. Ulceras bucales (heridas abiertas en la boca ?
- b. Candidiasis bucal en lengua o mejillas (manchas blancas en la boca) ?
- c.- Otros (especificar)
-
- Gracias por colaborar
- C. S. Tamarite de Litera

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicador 1:

Prevalencia de EPOC:

Población entre 40 -79 años con diagnostico de EPOC

x 100

Población asignada entre 40-79 años

Objetivo es alcanzar el 3.5%

206

x 100 = 4,50%

4568

Indicador 2:

Pacientes con Tratamiento con Inhaladores:

Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

_____ x100
Paciente que llevan tratamiento de inhaladores
Objetivo: Acuden a la educación de uso de inhaladores 30% de los pacientes

80
_____ x100 = 38,83%
206

Indicador 3:
Espirometrías:

_____ x100
Pacientes con tratamiento con inhaladores se les realiza espirometría
Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores

Objetivo: Realizar espirometrías al 40% de los pacientes.

148
_____ x100 = 71,84%
206

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando en marzo de 2018 elegimos este proyecto fue por que vimos que la enfermedad de EPOC estaba infradiagnosticada, para entonces empezamos a realizar espirometrías en el centro y vimos que había muchos pacientes que tendrían que estar diagnosticados y no lo estaban, por eso elegimos este proyecto. Al comienzo tuvimos algunas cosas que nos dificulto las tareas, el espirómetro no reunía las condiciones necesarias para realizar espirometrías, también nos costo bastante tiempo repartir los pacientes y poder captarlos... Una vez solucionado esto nos pusimos manos a la obra. Ha sido un trabajo costoso y largo pero al final los indicadores han llegado a los objetivos esperados que no eran muy ambiciosos pero no teníamos claro si llegaríamos. Estamos contentos por que tenemos más pacientes diagnosticados de EPOC y a los que podemos ajustar el tratamiento a sus necesidades.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/556 ===== ***

Nº de registro: 0556

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC; MAS Y MEJOR

Autores:
CUI GODINA MARIA ANGELES, BETRIAN HERRERA PATRICIA, PASCUAL FRANCO MONICA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, LATORRE LASCORZ MARIA TERESA, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, CAMARA ABON ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad infradiagnosticada, con una elevada morbimortalidad y supone un problema de salud pública de gran magnitud. El estudio EPI-SCAN (Epidemiologic Study of COPD in Spain) ha determinado que la prevalencia de la EPOC en España es del 10,2% de la población de 40 a 80 años. Tras el análisis de la situación en nuestro Equipo de Atención Primaria hemos visto que sólo tenemos un 2.41% de pacientes con diagnóstico de EPOC lo que nos lleva a pensar que tenemos un elevado caso de pacientes infradiagnosticados. Así mismo, estudios previos han demostrado en mayor o menor medida que la utilización de los dispositivos de inhalación suele resultar complicada para los pacientes enfermos de EPOC, y que en un número importante de casos se manipulan de manera errónea por lo que creemos que es importante asegurar una correcta instrucción en la técnica para que las personas puedan beneficiarse de su tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

? Captación activa de pacientes con factores de riesgo para aumentar la prevalencia de EPOC en nuestro Equipo de Atención Primaria.

? Educación sanitaria a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos sobre el manejo de los diferentes tipos de inhaladores.

MÉTODO

? Creación de un grupo de mejora.

? Se solicita a Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes con tratamiento de inhaladores crónicos (farmacia)

? Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este.

? Captación telefónica de pacientes en tratamiento con inhaladores sin diagnóstico de EPOC para realizar espirometría.

? Inclusión del episodio "EPOC" en pacientes que cumplen criterios diagnósticos tras realización de espirometría.

? Formación sobre el manejo de los inhaladores a los pacientes, cuidadores y farmacéuticos de la zona.

? Encuesta al paciente en tratamiento con inhaladores sobre el manejo de su uso al inicio y tras la formación pertinente.

INDICADORES

Prevalencia EPOC:
Numerador: Población entre 40 y 79 años con diagnóstico de EPOC
Denominador: Población asignada entre 40 y 79 años de edad
Nuestro objetivo es alcanzar el 3,5%

Pacientes con tratamiento con inhaladores:
Numerador: Pacientes que acuden a la educación del uso de inhaladores
Denominador: Pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que asista el 30%

Espirometrías
Numerador: Pacientes con tratamiento con inhaladores a los que se les realiza espirometría.
Denominador: pacientes que llevan tratamiento de inhaladores
Nuestro objetivo es que se realicen espirometría al 40% de los pacientes

DURACIÓN

1. Inicio del proyecto: Abril 2018, fecha finalización: junio 2020
2. Solicitud a la Dirección de Atención Primaria el listado de pacientes en tratamiento de inhaladores crónicos (abril 2018)
3. Reunión en el Centro de Salud con los profesionales para informar sobre el proyecto y el desarrollo de este. (mayo 2018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0556

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA EPOC: MAS Y MEJOR

4. Realización: hoja de registro y encuesta de valoración sobre el manejo de inhaladores (a partir de junio 2018)
6. Citación de pacientes captados para espirometría (septiembre 2018)
7. Realización de la espirometrías (a partir de octubre 2018)
8. Formación del manejo de inhaladores al paciente el día de la realización de la espirometría. Previamente se le realizará la encuesta sobre el manejo de dichos inhaladores.
9. Lectura y registro en OMI de las espirometrías por los médicos responsables del proyecto.
10. Si cumple criterios EPOC citar con su MAP.
11. Citación en consulta de enfermería 20 días después de la realización de la espirometría para valorar la encuesta sobre los conocimientos conocidos tras resultados.
12. Formación a cuidadores y farmacéuticos noviembre 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 - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 22/01/2019

2. RESPONSABLE JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
GALLEGO BARRABES SUSANA
BETRIAN HERRERA PATRICIA
CUI GODINA MARIA ANGELES
ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA
RAMOS ESPAÑOL PILAR
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2018

Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018

Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.

- Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.
- Actividades a realizar en el proyecto.
- Población diana.

MAYO 2018

Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.

- Realización de trípticos informativos.
- Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a CS Tamarite.

(ANEXO 1).

- Encuesta de hábitos higienice dietéticos para entregar al iniciar la actividad y finalizar la actividad
- Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).
- Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018

- Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.
- Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.
- Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018

- Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018

- Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de "Pasito a Pasito".

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018

- Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online "3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios"

DICIEMBRE 2018

- Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite de Litera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.

ANEXO 1

Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar...)

- 1-. Si
- 2-. NO

-¿Crees que realizas suficiente actividad física?

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

- 1-. Si
- 2-. NO

¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?

- 1-. Si
- 2-. NO

¿Sigues alguna rutina?

- 1-. SI
- 2-. NO

¿Va solo a caminar?

- 1-. Si
- 2-. NO

ANEXO 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

- ¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le han parecido bien los horarios?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿ Le ha parecido bien el número de participantes?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?

- 1-.SI
- 2-.NO

¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?

- 1-.SI
- 2-.NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se realizara mediante la cumplimentación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 1). Con esta encuesta valoraremos:
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones}} \times 100$$

Nº asistentes totales a las sesiones

INDICADOR 2

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

Formula del indicador= $\frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando elegimos este proyecto de mejora teníamos la duda de si a los paciente les iba a gustar esta actividad, ya que desde las consultas de At. Primaria de nuestro centro se apreciaba una necesidad importante que había que abordar, la actividad física. La verdad es que casi llevamos 2 meses realizando las sesiones y ha tenido muy buena acogida por parte de los pacientes, si todo evoluciona como hasta ahora, lo más seguro es que haya que crear nuevos grupos de paciente para que no sean muy multitudinarias estas sesiones. En el pueblo de Albelda donde hay un consultorio perteneciente a nuestro centro de Salud, se ha creado grupo donde se va caminar una vez por semana por su buena acogida, ya que en un principio los paseos solo iban a realizar en Tamarite. Una de las pocas complicaciones en realizar esta actividad, es que tienen que participar muchos de los profesionales del centro ya que en cada sesión se necesitan dos profesionales (no todos los paciente llevan el mismo ritmo caminando), lo que supone bloquear consultas, en el caso de nuestro centro consultas de enfermería. Por tanto en nuestro centro seguiremos con este proyecto de mejora ya que ha tenido muy buen acogido tanto por los pacientes como por los profesionales, por el aumento de las relaciones sociales entre nuestro participantes y además de la importancia que tiene la actividad física en nuestro paciente con riesgo cardiovascular.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGO BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CAPDEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Participación comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores. Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

MÉTODO

Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizarán diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física. Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

INDICADORES

La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a esta actividad comunitaria.
4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.
5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

DURACIÓN

- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JUDIT RAMOS ESPAÑOL
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BETRIAN HERRERA PATRICIA
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
RAMOS ESPAÑOL PILAR
CUI GODINA MARIA ANGELES
GALLEGO BARRABES SUSANA
ESTEVE CAPEDEVILA MARIA EULALIA
PEIRAU ESCUER MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2018

Elegimos proyecto de mejorara CS Tamarite.

ABRIL 2018

Sesión informativa a miembros de CS Tamarite.

Explicamos a los compañeros del centro los objetivos importantes del proyecto de mejora.

Actividades a realizar en el proyecto.

Población diana.

MAYO 2018

Se reúne el equipo de trabajo para organizar y realizar reparto de tareas.

Realización de trípticos informativos.

Realización de carteles informativos para colocar en el centro de salud y consultorios pertenecientes a C. S. Tamarite.

Encuesta de hábitos higienico dietéticos para entregar al iniciar la actividad (ANEXO 1).

Encuesta de satisfacción (ANEXO 2).

Realización de plantillas de seguimiento, para registrar número de participantes en cada sesión e incidencias.

JUNIO-SEPTIEMBRE 2018

Captación de pacientes con riesgo cardiovascular en las consultas de At. Primaria.

Entrega de trípticos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

Se colocan carteles informativos en consultas, farmacias, asociaciones de Tamarite y pueblos correspondientes al centro de salud de Tamarite.

SEPTIEMBRE 2018

Según el cronograma presentado en el acuerdo de gestión, se iniciaban las sesiones por grupos de edad. No se pudo comenzar con la actividad por problemas de falta de personal en el equipo y cambios en el centro.

OCTUBRE 2018

Se forman los grupos por edades para iniciar las sesiones de "Pasito a Pasito".

OCTUBRE- DICIEMBRE 2018

Responsable del proyecto de mejora, realiza curso online "3ª Ed. Consejo en actividad física y prescripción de ejercicio para profesionales sanitarios"

DICIEMBRE 2018

Se inicia sesiones Pasito a Pasito por la Litera. Se realizan dos sesiones por semana en Tamarite de Litera, Lunes de 10.30h a 11.30h (mayores de 65 años), viernes de 10.30h a 11.30h (menores de 65 años) y en Albelda (mayores de 65 años) los jueves de 10.30h a 11.30h.

Se entrega encuesta sobre hábitos higienico dietéticos (Anexo 1)

ENERO 2019

Se observa que hay mucha demanda de la actividad. Se decide cambiar la organización:

Se decide seguir realizando la actividad lunes y miercoles 10,30-11,30h en Tamarite, pero se harán dos grupos (no por edades) sino por trayecto. Se realizan dos tipos de trayecto largo y corto.

FEBRERO 2019

Pacientes de los consultorios que pertenecen a C.S. Tamarite demandan la actividad en los pueblos. Se incorporan a la actividad Algayon (jueves de 10,45-11,45h) y Albelda (viernes de 10,45-11,45h).

JULIO 2019

Se entrega a los participantes encuesta de satisfacción (Anexo 2)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

Se suspende actividad hasta Septiembre tanto por calor como por necesidades del servicio.

SEPTIEMBRE 2019

Se inicia nuevamente la actividad como dejemos en Julio.

ANEXO 1

Actividad Física que realiza usted:

¿Realiza ejercicio físico todos los días? (caminar, ir en bici, nadar...)

1-. Si

2-. NO

-¿Crees que realizas suficiente actividad física?

1-. Si

2-. NO

¿Crees que la actividad física que realizas es adecuada?

1-. Si

2-. NO

¿Sigues alguna rutina?

1-. SI

2-. NO

¿Va solo a caminar?

1-. Si

2-. NO

ANEXO 2

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

¿Le ha gustado la iniciativa Pasito a Pasito, Paseos saludables por la Litera?

1-.SI

2-.NO

¿Le han gustado los recorridos realizados en las sesiones?

1-.SI

2-.NO

¿Le han parecido bien los horarios?

1-.SI

2-.NO

¿Le ha parecido bien el número de participantes?

1-.SI

2-.NO

¿Le ha parecido bien la duración de las sesiones?

1-.SI

2-.NO

¿Lo recomendaría algún amigo o vecino del pueblo?

1-.SI

2-.NO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

INDICADOR 1

La evaluación de los resultados se ha realizado mediante la cumplimentación de una encuesta al principio de la primera sesión (ANEXO 1) y otra encuesta que entregaremos a los pacientes dos meses después de terminar las sesiones (ANEXO 2). Con esta encuesta hemos valorado:
A los dos meses de finalizada la actividad, el 50% de los pacientes seguirán con una correcta rutina del ejercicio diario.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº asistentes que 2 meses después sigue caminando}}{\text{Nº asistentes totales a las sesiones (media)}} \times 100$$

Nº asistentes totales a las sesiones (media)

Indicados 1= $\frac{15}{18} \times 100 = 83,3\%$

18

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

INDICADOR 2

El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno completaran el total de las sesiones.

Formula del indicador=

$$\frac{\text{Nº de asistentes que completan el total de sesiones}}{\text{Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad}} \times 100$$

Nº de asistentes que se inscribieron a la actividad

Indicador 2=
$$\frac{20}{22} \times 100 = 90,90\%$$

INDICADOR 3

Se entregara a todos los participantes una encuesta de satisfacción (ANEXO 2). El 80% de los pacientes se mostraran satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

Formula del indicador=
$$\frac{\text{Nº de asistentes satisfechos con la actividad}}{\text{Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión}} \times 100$$

Nº de asistentes que se han inscrito en la sesión

Indicador 3=
$$\frac{22}{22} \times 100 = 100\%$$

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando pensamos en este proyecto en Marzo de 2018 teníamos nuestras dudas de que fuera a funcionar, ya que desde nuestras consultas de At. Primaria se percibía la necesidad de abordar la actividad física. Después de casi dos años con esta actividad podemos valorar que ha tenido muy buena acogida y lo más importante es que este proyecto ha evolucionado para llegar a muchas más personas de lo que nos pensábamos. Lo que empezó solo dos días por semana, ha terminado en 4 días a la semana en dos pueblos más de lo esperado, que son Albelda y Algayon.

Hemos presentado complicaciones como:

Falta de personal responsable del centro para acompañar en las caminatas.

Más participantes de lo esperado.

Pero estas complicaciones han sido fáciles de solucionar gracias al compromiso tanto de los participantes como del equipo Centro de Salud.

También comentar de forma positiva que cuando los profesionales del centro de salud no podíamos acudir a la actividad en algún momento puntual (falta de profesionales, vacaciones,...) la actividad se ha continuado realizando ya que los participantes han quedado por su cuenta.

Por la buena acogida, éxito del proyecto y por haber alcanzado los resultados esperados ya que nuestros participantes han adquirido hábitos de vida saludables, tiene el habito de realizar actividad física diariamente y han mejorado sus relaciones sociales, se finaliza el proyecto pasando a ser oferta del centro de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/666 ===== ***

Nº de registro: 0666

Título
PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO DE SALUD DE TAMARITE

Autores:
RAMOS ESPAÑOL JUDIT, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, PASCUAL FRANCO MONICA, GALLEGO BARRABES SUSANA, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, ESTEVE CADEVILA MARIA EULALIA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Participación comunitaria
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Multitud de guías hacen énfasis en el papel fundamental que tiene la enfermería y la medicina de Atención Primaria en la promoción de un estilo de vida saludable basado entre otras cosas en el fomento de la actividad física, incorporación de una dieta saludable y el abandono del tabaco en pacientes fumadores.
Desde el Centro Salud de Tamarite de Litera, apreciamos una alta frecuentación en la consulta de pacientes con la necesidad de abordar la actividad física como factor de protección para la prevención de los factores de riesgo cardiovasculares bien por falta de conocimiento sobre sus beneficios reales así como por falta de motivación.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Mejorar la vida activa de nuestros pacientes sedentarios con factores de riesgo cardiovascular.
2. Mejorar la calidad de vida de los participantes a través del ejercicio físico.
3. Incorporar el ejercicio físico a la rutina diaria del paciente.
4. Favorecer las relaciones entre los participantes.
5. Promoción de un estilo de vida saludable.

MÉTODO

Sesión informativa a todos los miembros del centro de salud sobre el Proyecto Asistencial.
Creación folletos informativos que se repartirán en los consultorios, farmacias, centro cultural y Cruz Roja.
Captación de participantes en las consultas de Enfermería y Medicina. Entrega de folletos informativos sobre la actividad y recogida de datos de los pacientes interesados.
El proyecto se oferta a la población entre 40-65 años y 65-80 años con problemas respiratorios, cardiacos y con factor de riesgo cardiovascular. Se realizaran diferentes grupos entre 8 y 12 personas. Salida a caminar y gimnasia de mantenimiento dos días a la semana, lunes y miércoles 11.00h a 12.30h por la zona de salud
Cada día al inicio de la actividad, se realizará Educación Sanitaria sobre los factores de riesgo cardiovascular modificables ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM) y sobrepeso/obesidad frecuentemente unidos a la inactividad física.
Los participantes de la actividad irán acompañados de dos enfermeras del Centro de Salud.

INDICADORES

La evaluación de los resultados se realizará mediante la cumplimentación de una encuesta al principio y al finalizar la actividad. Se pasará otra encuesta vía telefónica a los dos meses de finalizada la actividad.

1. Todos los participantes que finalicen la actividad, habrán mejorado sus conocimientos sobre los hábitos higiénico dietéticos.
2. A los dos meses de finalizada la actividad, el 60% de los pacientes seguirán con una correcta rutina de ejercicio diario.
3. El 40% de los pacientes, mostrarán alta satisfacción con las relaciones personales alcanzadas gracias a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0666

1. TÍTULO

PASITO A PASITO. PASEOS SALUDABLES EN LA LITERA. CENTRO SALUD DE TAMARITE

esta actividad comunitaria.

4. El 50% de los participantes inscritos en la actividad en cada turno, completarán el total de las sesiones.

5. El 80% de los pacientes se mostrará satisfecho o muy satisfecho con la actividad comunitaria realizada.

DURACIÓN

- Abril 2018: Sesión informativa a miembros CS: abril 2018
- Mayo 2018: Reunión del grupo de trabajo para organización y reparto de tareas.
- Mayo 2018: Realización de una encuesta sobre hábitos higiénicos dietéticos a pasar a los pacientes al inicio y al finalizar la actividad, otra de satisfacción y planilla de seguimiento.
- Mayo 2018- agosto de 2018: Captación de pacientes en las consultas.
- Julio 2018: Elaboración/preparación del contenido de las charlas.
- Septiembre 2018: Inicio de las sesiones por grupos de edad.
- Marzo 2019: Se reunirá el grupo de trabajo para recompilaran todas las encuestas recogidas de la población que a participado en la actividad, se valorara y evaluara la actividad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0183

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ANA DELIA CASTILLO LOPEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRIAN HERRERA PATRICIA
RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CUI GODINA MARIA ANGELES
DE RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO
MUNT ARDIACA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-4-11 Marzo: Reunión de los integrantes del proyecto de mejora, para unificar criterios realizando un protocolo de seguimiento personalizado para cada paciente. Elaborando una hoja de asistencia a modo de plantilla, que queda disponible para todo el personal del centro en carpeta común./ cuidados paliativos/ hoja de asistencia (ANEXO 1).

ANEXO 1

HOJA DE ASISTENCIA CP-CS TAMARITE
NOMBRE Y APELLIDOS

TELÉFONO

EDAD FILIACIÓN

*Tiempo de evolución de la enfermedad

*Síntomas / Diagnóstico

*Dolor - Localización

- Intensidad - EVA

- Frecuencia

- Irrradiación

*Disnea SI / NO

*Impacto físico - Astenia

- Anorexia

- Adelgazamiento

- Caquexia

*Impacto emocional - Eutimia

- Ansiedad

- Depresión

* Disposiciones previas / DVA

*Recursos familiares y sociales

FAMILIA - CUIDADOR/A

*Información acerca de la enfermedad

*Impacto de la enfermedad

-28 Marzo: Sesión informativa a todos los componentes del equipo asistencial del centro de salud.

-ABRIL: Se inicia proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-En la evaluación inicial de las necesidades del paciente hemos detectado una mejora en la valoración global del paciente en cuidados paliativos.

-Con los datos recogidos en la hoja de asistencia hemos podido definir un plan de cuidados individualizado.

-Se realiza una revisión periódica semanal de las necesidades del paciente en cuidados paliativos.

-Aumento significativo del registro de datos iniciales en pacientes terminales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-Aumento de la captación y seguimiento de los pacientes en cuidados paliativos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0183

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA

- Mejor registro en los episodios de pacientes terminales en OMI, mejorando la actuación de todos los profesionales del equipo.
- Apoyo a las necesidades de la familia o cuidadores, mejora de la información sobre cuidados paliativos de la enfermedad aportando una mayor tranquilidad y seguridad a la hora de aplicar las pautas a seguir.
- El proyecto es sostenible y no precisa de recursos adicionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/183 ===== ***

Nº de registro: 0183

Título
CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C.S. TAMARITE DE LITERA

Autores:
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, RAMOS ESPAÑOL JUDIT, BETRIAN HERRERA PATRICIA, CUY GODINA MARIA ANGELES, RAMOS QUINTANILLA ALEJANDRO, RIVARES BACHES JOSE MANUEL, MUNT ARDIACA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con criterios de terminalidad
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La mejora de calidad en cuidados paliativos, requiere la atención tanto del enfermo como de sus familiares, evaluando sus necesidades y con continuidad asistencial. Con este proyecto pretendemos disponer de un punto de partida para conocer y mejorar las necesidades sanitarias y humanas de los enfermos y sus familias, así mismo, que suponga un referente para el desarrollo de la labor asistencial de los profesionales de este centro de salud. Los pacientes tendrán realizada una hoja de asistencia que quedará registrada en su historia clínica, logrando el trabajo unificado de todos los profesionales del centro. La atención se realizará en un entorno que facilite su intimidad y confidencialidad.

RESULTADOS ESPERADOS
1. Evaluación inicial de las necesidades del paciente con cuidados paliativos
2. Revisión periódica de las necesidades, por parte del EAP
3. Definición de un plan de cuidados
4. Apoyo a las necesidades de la familia o/y cuidador

MÉTODO
1. Reunión de los integrantes del proyecto de mejora para la elaboración de una hoja de asistencia los días 4 y 11 de marzo 2019
2. Sesión informativa a todos los componentes del equipo asistencial de C.S. de Tamarite el día 21 de marzo de 2019
3. Se inicia proyecto de mejora a partir del día 22 de marzo de 2019

INDICADORES
Evaluación inicial del paciente paliativo registrada mediante Hoja de asistencia CP - CS TAMARITE

DURACIÓN
Implantación del proyecto marzo 2019 - Finalización noviembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0183

1. TÍTULO

CRITERIOS DE BUENA PRACTICA EN LA LABOR ASISTENCIAL DE LOS CUIDADOS PALIATIVOS EN C. S. TAMARITE DE LITERA

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0706

1. TÍTULO

INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO

Fecha de entrada: 04/01/2020

2. RESPONSABLE PATRICIA BETRIAN HERRERA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMOS ESPAÑOL JUDIT
CASTILLO LOPEZ ANA DELIA
RIVARES BACHES JOSE MANUEL
CUY GODINA MARIA ANGELES
MUNT ARCADIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Marzo del 2019 : se inician las sesiones individualizadas a los pacientes interesados, las primeras sesiones se realizan cada semana, según su evolución al transcurrir un mes(4sesiones) se alargan las sesiones a 15 días, siempre intentando ajustar según la evolución y necesidad del paciente. En cada sesión se realiza la toma de peso, talla, educación nutricional, consulta de dudas del paciente, abordaje motivacional del cambio de hábitos tanto nutricionales como en la actividad física.
En las consultas individualizadas se ofrece al paciente formar parte del proyecto que realizamos en nuestro centro "Pasito a Pasito" con el cual reforzamos los buenos hábitos.
- Mayo 2019: reunión grupo de trabajo, realizamos la encuesta para realizar la evaluación y decidimos continuar con las sesiones individuales. Se decide realizar solamente una sesión conjunta por la dificultad y poca disponibilidad de los pacientes. Tampoco pudimos realizar los 2 grupos acordados a la hora de plantear el calendario previsto ya que el número de pacientes ha oscilado desde el inicio.
- Octubre 2019: Se realiza sesión conjunta asistiendo el 79% de los pacientes que forman parte del proyecto.
- Diciembre 2019: reunión de equipo para realizar la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultado muy positivo para el C.S. Tamarite ya que este proyecto unido al de "pasito pasito" nos ayuda a ofertar al paciente un cuidado más completo.
Según nuestras encuestas el grado de satisfacción es >95%
El 35% de los pacientes abandonaron el seguimiento entre la segunda y cuarta sesión por lo que no llegaron al estándar de 4sesiones establecidas.
Un 64,8% de los pacientes aumentaron su conocimiento sobre un estilo de vida saludable, manejo de su peso, conocimientos sobre la dieta que debe realizar según su patología, la importancia del ejercicio físico y la importancia de las relaciones sociales para tener una salud física y mental.
El 47% realizan cambios en sus hábitos alimentarios bajando su IMC.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Cuando nuestro trabajo depende de la actitud y compromiso del paciente a veces nos damos cuenta de la dificultad que esto supone, al inicio pensamos que nos sería más fácil captar a pacientes dispuestos a realizar el cambio de hábitos pero luego no fué así. Estamos contentos con los resultados y al realizar el proyecto junto al de "Pasito a Pasito" hemos transmitido a la población coordinación y buena praxis.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/706 ===== ***

Nº de registro: 0706

Título
INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CETRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO!!

Autores:
BETRIAN HERRERA PATRICIA, RAMOS ESPAÑOL JUDITH, CASTILLO LOPEZ ANA DELIA, RIVARES BACHES JOSE MANUEL, CUY GODINA MARIA ANGELES, MUNT ARCADIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: CS TAMARITE DE LITERA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0706

1. TÍTULO

INICIAMOS PROYECTO COMUNITARIO EN EL CENTRO DE SALUD DE TAMARITE DE LITERA, A POR EL CAMBIO

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención Comunitaria

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La promoción de la salud es un proceso que incluye cambios individuales, grupales y de las comunidades e incorpora una amplia gama de estrategias e instrumentos, por ello es una buena arma para modificar hábitos y concienciar a la comunidad de la importancia de la salud.

Debido a las nuevas dinámicas familiares tales como la menor dedicación y falta de tiempo para cocinar y la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos se han modificado los patrones de consumo originando con ello el aumento de la obesidad, por ello es necesario la adopción de hábitos alimentarios saludables.

RESULTADOS ESPERADOS

- Aumentar conciencia entre los participantes de la importancia de los hábitos saludables en la prevención de las enfermedades crónicas.

- Conseguir que los pacientes sepan identificar y adoptar la dieta mediterránea.

- Favorecer la relación entre participantes para aumentar así su estado de ánimo y mantener una buena actitud frente al cambio de hábitos.

- Conseguir un IMC adecuado.

MÉTODO

- Captación de usuarios mediante la consulta de atención primaria.

- Unificar criterios con los diferentes profesionales y crear un protocolo de actuación.

- Sesiones individuales con los usuarios interesados.

- Sesiones grupales para poner en común dudas y estrategias ayudando así a todos los componentes del grupo.

INDICADORES

Porcentaje participantes con un alto grado de satisfacción. Estándar a alcanzar >85%

Número de sesiones formativas a lo largo del 2019. Estándar >4sesiones.

Número de pacientes que han introducido cambios en sus hábitos alimentarios/ número de pacientes captados.

Estándar >75%.

Conseguir que bajen el peso corporal al menos el 10% de los pacientes que han realizado cambios en sus hábitos alimentarios.

DURACIÓN

Inicio del proyecto: abril 2019

Abril 2019 inicio de captación de pacientes interesados.

Finales de abril 2019 reunión del grupo de trabajo para realizar el protocolo de actuación.

Mayo/Junio 2019 inicio primer grupo.

Julio 2019 valoración y mejoras

Septiembre/ Octubre inicio segundo grupo

Noviembre 2019 valoración

Fin del proyecto: diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ELENA JANER SUBIAS
· Profesión PEDIATRA
· Centro CS TAMARITE DE LITERA
· Localidad TAMARITE DE LITERA
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA
BOZAL CORTES MARIA JESUS
DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La intervención educativa de carácter individual se realiza mediante dos citas a lo largo de un año, en función del grado de control de asma de cada niño. Una vez seleccionados los niños asmáticos o con hipersensibilidad bronquial a través del programa informático OMI-AP, se contactó con la familia vía telefónica informándoles brevemente de la educación individual y concertando una cita de 20 minutos de duración. Estas citas s

En esta 1º cita se realizó por la Enfermera de Pediatría en octubre - noviembre, haciendo coincidir así con la campaña de vacunación antigripal anual para la administración de dicha vacuna. Se explicó y se rellenó junto a la familia el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón, y se completaron los datos correspondientes en el programa OMI-AP. Dado que se disponía de pocos ejemplares del documento en el centro, los meses previos contactamos con Salud Pública para poder repartir documentos a todos los niños. En él, quedan registrados los antecedentes personales y familiares, los desencadenantes conocidos y estudios complementarios realizados. Se insiste a la familia llevarlo siempre a cada visita relacionada con el asma de su hijo.

Además, en esta visita también se rellena y entrega a la familia dos documentos: El plan de seguimiento del asma, donde explica el tratamiento personalizado que cada niño debe seguir (de acuerdo con el tratamiento ya pautado por su pediatra, o concertando una cita con pediatría en caso de necesidad de modificación) y se aprovechó para repasar la correcta técnica de administración e insistir en llevar a las futuras visitas su cámara de inhalación. Se educa a la familia para saber reconocer los síntomas de mal control. El plan de actuación ante una crisis asmática, dejando claro a los responsables del niño los síntomas que deben reconocer y la medicación que deben administrar en caso de crisis.

En la 2º visita programada con Pediatría durante los meses de junio-julio, se realiza un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del Control del Asma en niños (CAN). Se valora así el impacto del asma durante la temporada otoño-invierno: ingresos, número de crisis, necesidad de tratamiento intercrisis, visitas a urgencias, clínica intercrisis, adaptación al deporte... Se completa el Plan de seguimiento de Asma en OMI-AP. Además, se realiza unto a la familia un repaso individualizado de los planes de tratamiento (plan de seguimiento y plan de actuación ante una crisis asmática) y de las técnicas correctas de inhalación, corrigiendo posibles errores en los casos necesarios o modificando el tratamiento si la evolución lo requiere. Se realiza educación sanitaria acerca de los desencadenantes, se refuerza la adherencia al tratamiento y solución de posibles dudas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Prevalencia de niños asmáticos (5%): $45/1623 = 2,77\%$.
- Nº niños asmáticos vacunados de gripe / Nº niños asmáticos en total (80%): $31/45 = 68,9\%$. Las causas en los niños que NO recibieron la vacunación de la gripe fueron las siguientes: 8 por decisión familiar, 3 niños mayores de 14 años ya no controlados desde Pediatría, en 3 casos no se consiguió contactar con la familia vía telefónica y 1 niño no acudió a la citación (15 casos en total).
- Nº niños asmáticos vacunados de gripe / Nº niños asmáticos convocados* (80%): $25 / 45 = 80,65\%$.
- Nº niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/ Nº niños asmáticos convocados* (80%): $28 / 31 = 90,3\%$.
- Nº niños con puntuación CAN > 8 (mal control) / Nº niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%): $2/28 = 7,1\%$.
- Nº niños o familiares que acuden a las 2 visitas / nº total de niños asmáticos convocados: $12 / 31 = 38,7\%$. Nº niños o familiares que acuden sólo a 1 visita / nº total de niños asmáticos convocados: $15 / 31 = 48,4\%$.
* El denominador "nº niños asmáticos convocados", sólo contamos aquellos niños asmáticos que podemos completar el seguimiento desde nuestras consultas pediátricas, eliminando aquellos (14 en total) que siguen visitas en médicos privados (4/45), los mayores de 14 años ya controlados por sus médicos de cabecera (6/45) o aquellos que no localizamos por vía telefónica (4/45).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Infradiagnóstico de asma en OMI-AP: Aunque hemos mejorado la prevalencia de niños asmáticos desde el inicio del estudio (2,1% a 2,77%), seguimos sin conseguir la prevalencia esperada (5-10% según bibliografía). Debemos continuar trabajando en mejorar el registro diagnóstico de "Asma" en OMI-AP y modificar diagnósticos como "hiperreactividad bronquial" o "bronquitis de repetición".
- Mejoría en el seguimiento del niño asmático: tras la realización del proyecto, hemos conseguido un mínimo de 1-2 visitas anuales. En ellas, se han resuelto dudas de tratamiento, se han corregido técnicas en la administración de los fármacos con cámara y modificado pautas de tratamiento según la evolución.
- Mejoría en la educación asmática al niño y familia: reconocer los primeros síntomas ante una crisis

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

asmática, aplicar el correcto tratamiento agudo en crisis y crónico en el seguimiento del asma, conocer los desencadenantes.

- Mejoría en la atención a la familia del niño asmático al portar consigo a las visitas el Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón y la cámara de inhalación propia.
- Existe un buen control del asma en nuestra población según el cuestionario CAN. Consideramos esto un motivo por el cual la familia puede restar importancia a la vacunación y al seguimiento con 2 visitas anuales (menos de la mitad de los pacientes han completado las 2 visitas).
- Se ha conseguido un buen porcentaje de vacunación en los niños asmáticos en seguimiento pediátrico desde nuestro centro de salud (80,65 %). Debemos seguir trabajando con la población para que se conciencien de la importancia del seguimiento y de la vacunación antigripal para los niños asmáticos, puesto que hemos visto que los no vacunados son: 1) los niños con mejor control y que menos visitas al centro de salud tienen, y 2) aquellos que pasan a adultos donde no hay revisiones de salud para poder recordar la vacunación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1271 ===== ***

Nº de registro: 1271

Título
MEJORA EN LA EDUCACION INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRIA

Autores:
JANER SUBIAS ELENA, ALQUEZAR GONZALEZ ALICIA, BOZAL CORTES MARIA JESUS, DE RAMOS QUINTANILLA EDUARDO ALEJANDRO

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BINEFAR

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El asma es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio, afectando aproximadamente al 10% de los menores de 14 años. Es un importante problema de salud pública: disminuye la calidad de vida de pacientes y familiares, produciendo elevados costes sanitarios y sociales. La educación del paciente en el conocimiento y manejo de la enfermedad es un pilar fundamental para conseguir los objetivos del tratamiento del asma: mejor calidad de vida (menor absentismo escolar y laboral) y disminución del número de exacerbaciones (menos demanda asistencial y hospitalizaciones). Las guías sobre manejo de asma en pediatría destacan la importancia de implicar al niño y su familia para que reconozcan los desencadenantes y sepan actuar ante una crisis, teniendo por escrito un plan de tratamiento consensuado.
En nuestras consultas, hemos objetivado un infradiagnóstico de asma registrado en OMI-AP: prevalencia del 3,5 % de niños asmáticos en nuestra población frente al 10 % que refleja la bibliografía. En el 2017 se puso en marcha un proyecto de educación grupal (formación teórica y práctica) a niños asmáticos y sus familias. Este año, el proyecto pretende conseguir un correcto seguimiento y de forma individualizada de los niños asmáticos según lo establecido en las guías de práctica clínica pediátrica.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reforzar los conocimientos sobre la patología, sus desencadenantes y su tratamiento.
- Prevención del tabaquismo pasivo/activo en adolescentes.
- Reconocimiento por parte de la familia y paciente de una crisis de asma y su actuación.
- Mejorar la adhesión al tratamiento crónico y conseguir un mejor control del asma.
- Evaluar con la familia las técnicas de inhalación y conseguir un buen uso de los distintos inhaladores.
- Aumentar la proporción de niños asmáticos vacunados de gripe estacional.
- Mejorar el diagnóstico del niño asmático y su registro en OMI-AP.
- Resolución de dudas acerca de su patología.

MÉTODO
Se concertarán un mínimo de 2 citas anuales, según el grado de control del asma de cada niño. Se informará a la familia telefónicamente de la actividad, programando la primera visita (Enfermería pediátrica), donde se aportarán y explicarán, de forma individualizada y por escrito:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1271

1. TÍTULO

MEJORA EN LA EDUCACIÓN INDIVIDUAL Y EL SEGUIMIENTO DEL ASMA INFANTIL EN NUESTRAS CONSULTAS DE PEDIATRÍA

- Documento de salud del asma en Pediatría del Gobierno de Aragón: antecedentes personales y familiares, desencadenantes conocidos, estudios complementarios realizados. Rellenar los datos que falten en el programa OMI-AP.
 - Plan de seguimiento del asma: tratamiento farmacológico de mantenimiento y técnica correcta de administración. Reconocimiento de síntomas en caso de asma mal controlado.
 - Plan de actuación ante una crisis asmática: reconocimiento de los síntomas y actuación en domicilio.
 - Recomendación de la vacunación antigripal.
- En una segunda visita (Pediatra), se realizará un seguimiento evolutivo del asma del paciente mediante el Cuestionario del control del asma en niños (CAN). Se valorará el impacto del asma desde la visita anterior: ingresos hospitalarios, visitas al centro de salud o a urgencias, absentismo escolar. Se completará el plan de seguimiento en el programa OMI-AP. En esta consulta, se realizará un repaso a los planes individualizados de tratamiento y a las técnicas de inhalación, modificando las dosis si fuera necesario, se reforzará la adherencia al tratamiento y se realizará educación sanitaria acerca de los desencadenantes, así como la solución de posibles dudas. El resto de visitas se realizarán en consultas de Pediatría o de Enfermería pediátrica, según la evolución del asma del paciente.
- Se informará a los profesionales del centro de salud (CS) de la realización del proyecto, mediante una sesión clínica: explicar el proyecto, participación en él, correcto registro en OMI-AP de las exacerbaciones y cambios en el tratamiento agudo, derivar a las consultas de Pediatría a aquellos niños en los que se observe un mal control de su patología desde las visitas a Atención Continuada.

INDICADORES

- N°niños asmáticos vacunados de gripe/N° niños asmáticos en total (60%)
- Prevalencia de niños asmáticos (5%)
- N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN"/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños con una puntuación >8 en el "Cuestionario CAN"/ N°niños asmáticos a los que se les ha realizado el "Cuestionario CAN" (<15%)
- N°niños asmáticos evaluados con el "Documento de seguimiento para el registro de visitas sucesivas" del Grupo de vías respiratorias de Aragón/N°niños asmáticos totales (80%)
- N°niños o familiares que acuden a las 2 visitas/n°total de niños asmáticos convocados (70%)

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y creación del protocolo: Junio 2018. Equipo de Pediatría (EP).
- Contacto telefónico con las familias de niños asmáticos: Septiembre-Octubre 2018. EP
- Sesión clínica sobre el proyecto al EAP: Octubre 2018. CS.
- Primera visita programada: Octubre-noviembre 2018. Enfermería.
- Segunda visita programada: Abril-Mayo 2019. Pediatría.
- Resultados del proyecto: Junio-Agosto 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 - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE VICTOR VALLES GALLEGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROMERO NEVADO FERMIN
ANDRES BITRIAN DEL CACHO
RUIZ ALMENARA VALENTIN
GUEVARA LOPEZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Proyecto que necesita más tiempo para su implementación. Retraso en la compra de ecógrafos hasta noviembre 2017.

Difusión del Proyecto a los coordinadores de todos los Centros de Salud. Información a los profesionales y captación de los interesados.

Actividades formativas:

1er Curso en mayo 2017 organizado en Barbastro por la Unidad Docente. 11 asistentes del Sector Barbastro.
2º Curso del 11 al 14 de diciembre en Barbastro, organizado IACS. 18 asistentes.
Dotación de ecógrafos a 5 Centros de Salud: Aínsa, Binéfar, Fraga, Graus y Monzón.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- N° de profesionales con formación básica: 18
 - % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad: 66%
- Aínsa, Barbastro, Benabarre, Binéfar, Fraga, Graus, Lafortunada, Monzón Urbano, Monzón Rural y Tamarite.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Hay profesionales interesados en incorporar la ecografía a su práctica clínica.
- La formación realizada ha sido bien valorada y motivadora, aunque no es suficiente para realizar ecografías clínicas con seguridad. Es necesario facilitar la práctica con tutorización y el acceso a formación avanzada, al menos a varios de los profesionales con formación básica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1476 ===== ***

Nº de registro: 1476

Título
IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

Autores:
VALLES GALLEGO VICTOR, ROMERO NEVADO FERMIN, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, GALINDO SERRANO IZARBE, RUIZ ALMENARA VALENTIN, ALCAY MARIN FRANCISCO JAVIER, LERIS OLIVA JOSE MARIA, GUEVARA LOPEZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Ecografía es una técnica inocua que puede reproducirse, mínimamente invasiva y muy útil para el despistaje

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

de varias patologías para la cuales se solicitan otras pruebas de elevado coste y no exentas de riesgos. Se trata de una exploración que cada se solicita más, tanto por los especialistas del hospital como de atención primaria, y que genera en el Sector de Barbastro una elevada demora, de más de 6 meses en muchos casos. La escasez de radiólogos, ocupados en interpretar pruebas complicadas y más invasivas es una de las causas de esta demora, por lo que los médicos en un intento de ser prácticos y llegar al diagnóstico lo antes posible soliciten esas mismas pruebas que colapsan los servicios de radiología. La Ecografía ya se ha demostrado muy útil en manos de los Médicos de Familia bien formados y habituados, en colaboración con Radiología, disminuyendo secuelas causadas por la espera, con abaratamiento de costes y percepción del usuario de una mejora del servicio. También permite el seguimiento de lesiones en el tiempo, que no se puede llevar a cabo por la demora actual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Formar médicos de atención primaria para la realización de ecografías clínicas.
- Iniciar la actividad en un centro piloto (CS Barbastro) que por su proximidad al hospital puede favorecer las actividades formativas y la coordinación con radiología.
- Extender la oferta a otros centros de Salud conforme haya disponibilidad de ecógrafo y estén los profesionales formados.
- Aumentar la oferta de pruebas diagnósticas en AP y la capacidad de resolución, adaptándose así a las tendencias actuales de la profesión.
- Generar un entorno colaborativo con el servicio de radiología que permita priorizar las exploraciones ecográficas y discriminar las ecografías clínicas, que pueden ser realizadas e interpretadas por el médico de AP, de aquellas otras que precisen de realización o informe por radiología.
- Creación de interconsulta virtual con radiología para valorar la concordancia, priorizar ecografías preferentes y facilitar la formación continuada.
- Disminuir listas de espera introduciendo la Ecografía en AP, como método de despistaje diagnóstico.
- Aumentar la satisfacción del usuario y de profesionales.

MÉTODO

- Establecer oferta formativa en Ecografía para profesionales de Atención Primaria. Cursos básicos y aprendizaje avanzado con tutorización del Servicio de Radiología.
 - Diseño de protocolos de actuación (admisión, medicina de familia e interconsulta) y seleccionar motivos de consulta principales.
 - Habilitar consulta en CS Barbastro: línea de datos, ecógrafo.
- Agenda en OMI para ecografías.
- Interconsulta virtual con radiología (diagnósticos preferentes o imágenes dudosas). Sesión de difusión del protocolo en el centro de salud. Designar responsable en CS.
 - Extender este programa progresivamente en CS con médicos con formación.

INDICADORES

- N° de profesionales con formación básica.
- % CS con profesionales formados para la realización de dicha actividad.
- n° de ecografías realizadas por médico de atención primaria y por centro de salud.
- % de ecografías resueltas por AP (capacidad de resolución).
- % de ecografías que se solicita interconsulta a radiología.
- % de ecografías que se ajustan a protocolo (estudio de pertinencia)
- Estudio del impacto en las listas de espera hospitalarias de ecografías
- Estudio de concordancia por pares (% diagnósticos AP que coinciden con radiólogo)
- Estudio de satisfacción (profesionales y de usuarios).

DURACIÓN

Primer trimestre 2017:
Dotación de ecógrafo al CS Barbastro
Curso de formación básica en ecografías
Elaboración de protocolos (indicaciones, circuitos)
Crear agendas OMI, adecuar Intranet (interconsultas) y RIS-PACS

2º-3º trimestre:
Formación avanzada y estudio de concordancia
Inicio actividad en el CS Barbastro.
Interconsulta virtual con radiología

4º trimestre:
Implantación progresiva en 1 ó 2 CS.

1º trimestre 2018:
Análisis de la actividad, evaluación de indicadores, propuesta de acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1476

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA ECOGRAFIA EN LOS CENTROS DE SALUD

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
• Profesión MEDICO/A
• Centro DAP BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURGASE ESTALLO IRENE
CORTES MARIN CLARA
CAMPO SANCHEZ JUDIT
RUIZ MONTES FRANCISCO
MOLINER MARCEN IGNACIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Análisis de situación
 - Selección de responsables (grupo multidisciplinar AP-AE)
 - Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinología: Diabetes melitus tipo2, trastornos de la función tiroidea, hiperprolactinemia.
 - Realización de protocolo consensuado para que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinología con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita. Los flujogramas quedaron definidos.
 - Inclusión progresiva de los CS en el programa, en estos momentos los 15 equipos de atención primaria del sector
 - Sesiones de formación en los EAPs: solo se ha podido realizar en algunos (Monzón, Barbastro, Binéfar) y además se presentó en comisión técnico-asistencial de atención primaria. Aunque el programa, se envió a todos los EAP de sector para la difusión en una reunión de equipo para que fuera de conocimiento y utilización por todos los facultativos en sus interconsultas a Endocrinología.
- Queda pendiente:
- Colgar el protocolo en la intranet (Actualmente ya se ha hecho)
 - Sesiones de formación en los EAP con la participación del s. de endocrinología lo cual es complejo debido a la dispersión de los centros y de que solo hay una especialista en nuestro sector y su lista de espera es muy elevada
 - Evaluación del programa y puesta en marcha de acciones de mejora

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP - AE: interconsulta virtual y correo electrónico diario con dudas diagnósticas y terapéuticas
- Creación de un grupo de trabajo, así como de un protocolo consensuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La puesta en marcha de este protocolo aunque fue "digamos" truncada por la puesta en marcha de la interconsulta virtual en cuanto al procedimiento de comunicación entre AP y la única especialista endocrinología ha puesto de manifiesto que es precisa la creación de criterios de derivación de las patologías mas prevalentes y con mayor nº derivaciones. Evitando así interconsultas innecesarias y facilitando la resolución de las interconsultas al llegar los pacientes al especialista con las pruebas diagnosticas precisas que eviten interconsultas sucesivas recurrentes.
- También han ayudado a delimitar criterios para la derivación de patologías en las que existía falta de criterio en la necesidad de la interconsulta.
- Así pues sería bueno crear criterios de derivación claros y concisos para las patologías mas derivadas a las distintas especialidades.

7. OBSERVACIONES.

- Basándose en los errores mas habituales en las derivaciones habría que realizar actividades de formación en los EAP para evitarlos.
 - Dado que la falta de especialistas en Endocrinología en nuestro sector habría que Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo.
- Y tras acordarlo con medicina interna acotar y publicitar las patologías endocrinológicas derivables al s. de medicina interna.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1479 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Nº de registro: 1479

Título
PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, CORTES MARTIN CLARA AURORA, CAMPO SANCHEZ JUDIT, RUIZ MONTES FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Aumento de la demora en interconsultas para esta especialidad en los últimos años
Solo hay una plaza de endocrinología en el Sector Barbastro
Derivaciones que no aportan las pruebas complementarias necesarias
Derivaciones inadecuadas por no existir unos criterios unificados consensuados
Reducir la variabilidad y reducir listas de espera y costes asociados
Coordinación asistencial entre niveles podría mejorar

RESULTADOS ESPERADOS

Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Sobre los pacientes
 - Disminuir tiempos de espera. Reducir la demora diagnóstica en pacientes sintomáticos (síntomas y signos de alerta)
 - Mejora de la seguridad del paciente
2. Sobre los profesionales
 - Disminuir en la medida de lo posible la variabilidad, estableciendo recomendaciones comunes tanto en el ámbito de AP como en AE
 - Reducción de la carga asistencial
 - Mejora de la coordinación
3. Sobre la organización / recursos económicos
 - Evitar la duplicación de consultas y pruebas diagnósticas
 - Evitar la derivación innecesaria de pacientes que pueden ser tratados en A.P.
 - Adecuar los recursos del Sector a las evidencia disponible

MÉTODO

- Inclusión progresiva de los CS en el programa
- Definir los criterios de derivación para las patologías mas prevalentes en Endocrinología
- Diabetes melitus tipo2
- Trastornos de la función tiroidea
- Hiperprolactinemia
- Mejora de la coordinación asistencial entre niveles asistenciales.
- Mejora de la continuidad / seguimiento de pacientes entre AP - AE.
- Realización de protocolo consensuado con el fin de que los pacientes lleguen a la consulta de Endocrinología con las pruebas complementarias precisas, realizadas previamente a su visita
- Análisis de situación
- Selección de responsables y construir grupo multidisciplinar
- Sesiones de formación en los EAPs
- Implantación progresiva en varios centros de salud
- Definir flujogramas
- Aumentar la implicación del Servicio de Medicina Interna (MI) en las interconsultas referidas a patologías endocrinológicas mas prevalentes definidas en este protocolo
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1479

1. TÍTULO

PROTOCOLO PARA LA COORDINACION DE LA DERIVACION DE LAS PATOLOGIAS ENDOCRINOLOGICAS MAS PREVALENTES A LA CONSULTA DE ENDOCRINOLOGIA Y MEDICINA INTERNA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

INDICADORES

- % de pacientes con Diabetes tipo 2 derivados / % de pacientes con diabetes tipo 2 diagnosticada Por profesional y Centro
- Reducción del tiempo de espera en el S. de Endocrinología
- Pacientes derivados a endocrinología tras 1 año del inicio del protocolo / N° pacientes derivados a endocrinología desde AP en el año previo a la implantación del protocolo

DURACIÓN

- Análisis de situación (Diciembre 2016)
- Aprobar un protocolo consensuado y colgarlo en la intranet (Enero 2017)
- Sesiones de formación (Febrero / Marzo 2017)
- Implantación progresiva en todos centros de salud empezando por los de mayor población
- Definir flujogramas
- Evaluación y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora (2018)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
COSCOJUELA QUIROGA ANA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BLASCO OLIETE MELITON
AURED DE LA SERNA ISABEL
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incluido en cartera de servicios de AP
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros hasta que se ha agotado el stock (la falta de tests se inició en verano)
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más
- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Coincidiendo con la implementación de los circuitos y las actividades formativas, se produjo la rotura de stocks del test, que no se ha resuelto hasta la segunda semana de enero. Hasta el momento no tenemos resultados valorables.
- Todos los Equipos de AP han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha.
- El proyecto está muy avanzado, aunque no podemos medir resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto está muy avanzado, se ha trabajado la coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio, y la organización de la logística de las pruebas, pero está pendiente de poder analizar resultados.
- Tenemos muchos problemas relacionados con el desabastecimiento, que han complicado el seguimiento/evaluación del proyecto.
- Necesitamos continuar con el proyecto en 2019 para consolidarlo, que los profesionales incorporen a su práctica diaria estas actividades, poderlo evaluar e iniciar nuevas acciones de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/106 ===== ***

Nº de registro: 0106

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Infradiagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnóstica (Test del Aliento) por parte de los M.F. En AP de nuestro sector no se realiza el Test del *Helicobacter* en AP. Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P. Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnóstico, la comunicación de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados, la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicación tras el tratamiento. El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnóstica y desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

RESULTADOS ESPERADOS

- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y características de cada EAP.
- Creación de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

MÉTODO

- 1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
- 2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapéutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
- 3.- Adecuación del procedimiento informático. Modulab va a actuar como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de *Helicobacter Pylori*, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
- 3.-

INDICADORES

- Nº total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / nº de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo período X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
 - Nº de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
 - Nº de test positivos durante 2018 / nº de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
 - Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
- A desarrollar SQL (DGA)

DURACIÓN

Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre 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 - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE FRANCISCO DOMINGUEZ SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES GALLEGO VICTOR
BUISAN GIRAL MARIA JOSE
COSCOJUELA QUIROGA ANA
EITO CATIVIELA JOSE LUIS
BLASCO OLIETE MELITON
AURED DE LA SERNA ISABEL
BADIA PLAYAN CARRODILLA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Incluido en cartera de servicios de AP.
- 4 reuniones de dirección de AP con servicio de digestivo y laboratorio. También había representantes asistenciales de atención primaria.
- 6 sesiones clínicas / formación en EAP (Barbastro, Monzón, Aínsa, Binéfar, Graus, Fraga) de 1 hora de duración para explicar los criterios de utilización del test y el procedimiento de realización. La totalidad de los EAP (15) han acudido a esta formación en el centro más cercano. La formación se impartió por parte de medicina y enfermería del servicio de digestivo.
- Actualmente todos los EAP pueden solicitar / realizar tests desde AP, ya que se han distribuido por los centros, así como la creación de agendas específicas (12 EAP cuentas con consulta monográfica).
- Se ha establecido el sistema de petición en OMI-AP y la integración de los resultados en OMI como una prueba de laboratorio más.
- Extracción de los datos de la web de Isomed, análisis de resultados y obtención de indicadores de derivación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Todos los Equipos de AP del sector han recibido formación y han iniciado actividades para su puesta en marcha. Nos planteamos un objetivo al inicio del proyecto de >90%.
- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo solicitados desde atención primaria que son derivados a digestivo en el año: 0% (se ha revisado una muestra de 30 en las interconsultas de OMI).
- En el año 2019, el 75,1% de los tests se ha solicitado desde Atención Primaria (1073/1428). Se ha superado con creces el objetivo que nos planteamos de superar el 50%.
- % de tests positivos solicitados desde AP: 32,2% (346/1073).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto está finalizado, se han conseguidos todos los objetivos que se plantearon al inicio del mismo. La coordinación entre atención primaria, digestivo y laboratorio ha sido muy buena.
- Los profesionales han incorporado estas actividades a su práctica diaria estas actividades, y actualmente funciona de manera correcta.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/106 ===== ***

Nº de registro: 0106

Título
MEJORA DEL PROCESO DE ATENCION AL PACIENTE CON DISPEPSIA

Autores:
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO, VALLES GALLEGO VICTOR, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, COSCOJUELA QUIROGA ANA, EITO CATIVIELA JOSE LUIS, BLASCO OLIETE MELITON, AURED DE LA SERNA ISABEL, BADIA PLAYAN CARRODILLA

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0106

1. TÍTULO

GESTION CLINICA DE LA DISPEPSIA

Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Cartera servicios AP

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Infradiagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con Dispepsia Gastrica, en pacientes atendidos AP debido a la falta de acceso a la prueba diagnóstica (Test del Aliento) por parte de los M.F. En AP de nuestro sector no se realiza el Test del *Helicobacter* en AP. Los resultados del test no están integrados en INTRANET ni en HCE por lo cual los resultados no son accesibles para A.P. Los pacientes con dispepsia consumen innecesariamente consultas de especialista de digestivo y tanto para la realización del test diagnóstico, la comunicación de los resultados de dicho test, la comunicación de resultados, la puesta en marcha del tratamiento si procede, y el posterior control de la erradicación tras el tratamiento. El médico de AP no controla el proceso ni interviene en el tratamiento, al no tener acceso a la prueba diagnóstica y desconoce los resultados del Test del Aliento realizados por A.E.

RESULTADOS ESPERADOS
- Incorporación de la técnica diagnóstica que se realizara en las consultas de enfermería correspondiente a cada paciente o en una consulta monográfica en dependencia de la organización y características de cada EAP.
- Creación de consultas específicas para la realización de la técnica (según organización de cada EAP).

MÉTODO
1.- Realización de talleres de formación en todos los C.S. para el conocimiento de la técnica de realización de la prueba.
2.- Formación de los médicos de familia en lo que se refiere al protocolo diagnóstico y terapéutico definido en el grupo de trabajo de protocolización.
3.- Adecuación del procedimiento informático. Modulab va a actuar como punto de conexión entre las solicitudes de Atención Primaria (OMI), las de Atención Especializada y el laboratorio de referencia, en el que se realice la prueba. Creación de nueva prueba llamada Test del Aliento de *Helicobacter Pylori*, con el código "TAHP". Del mismo modo los resultados se volcarán a Modulab y de éste a OMI, pero además quedarán todos disponibles en la Intranet.
3.-

INDICADORES
-- N° total de tests de diagnóstico utilizados en AP en 2018 / n° de tests utilizados en el sector (AP +AE) en el mismo periodo X 100 Valor Objetivo : 96/96(2017) > 50%
-- N° de EAPs con sesiones clínicas realizadas e implementación protocolo de criterios diagnósticos y seguimiento de esta patología Valor Objetivo >90%
-- N° de test positivos durante 2018 / n° de test utilizados en AP X 100 Valor Objetivo : a definir según la bibliografía conocida
-- Porcentaje de pacientes (14 a 55 años) con test positivo derivados a digestivo en el año Valor Objetivo :< 20 %
A desarrollar SQL (DGA)

DURACIÓN
Todo el proceso se desarrollara durante el primer semestre 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 - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE
YUSTE ARA ALFREDO
CHARLEZ ARROYOS MARIA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se presenta el proyecto en la comisión técnico asistencial del 14 de noviembre de 2019 del Sector 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.
- Cuadro de mandos de 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).

Barbastro: Se obtienen datos de 6281 diabéticos en tratamiento con antidiabéticos no insulínicos. De 1361 pacientes no disponemos del dato de filtrado glomerular en OMI-AP. Se solicita al servicio de informática una extracción del dato en Modulab®. Finalmente quedan 623 pacientes que no tienen el dato ni en OMI ni en HCE.

En octubre de 2019, se envía a los médicos de los 623 pacientes una nota para que soliciten a lo largo del último trimestre de 2019 el dato de FG.

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.

En octubre de 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 selección la bibliografía con la que se ha trabajado para ofrecer esta propuesta de modificación de tratamiento.

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 17% de los pacientes tienen un FG<60ml/min en los últimos 12 meses
- El 10% de los pacientes no disponen de dato de FG los últimos 12 meses.
- El 32% presentan inadecuación de dosis o contraindicación. De estos, el 18% 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.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/6 =====

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

Nº de registro: 0006

Título
ADECUACION DE LA PRESCRIPCION DE ANTIDIABETICOS NO INSULINICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL (ATENCION PRIMARIA SECTOR BARBASTRO)

Autores:
BUISAN GIRAL MARIA JOSE, DOMINGUEZ SANZ FRANCISCO JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: Que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Atención Primaria es frecuente tratar a pacientes diabéticos muy ancianos cuya función renal está deteriorada por la propia evolución de la enfermedad y los años de vida acumulados. La prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) aumenta de forma progresiva con el envejecimiento (3% entre 40-64 años, 22% en mayores de 64 años, 40% en mayores de 80 años), y con otras enfermedades como diabetes tipo 2, hipertensión y enfermedades cardiovasculares, con las que a menudo se presenta asociada. Actualmente la ERC se considera una cuestión relevante en las estrategias de abordaje de la cronicidad y en las guías de revisión de medicación en situaciones de polimedicación. La adecuación de la prescripción en la ERC puede contribuir a disminuir su progresión y morbimortalidad asociada. Los aspectos a considerar son:
-Evitar o adecuar el uso de fármacos nefrotóxicos.
-Ajustar la dosis de fármacos cuya eficacia y/o seguridad puede verse afectada por la insuficiencia renal (IR). Existen numerosos grupos de fármacos de uso común en atención primaria cuya eliminación o eficacia pueden verse afectadas por la insuficiencia renal y requieren un ajuste de dosis o están contraindicados (antihipertensivos, antidiabéticos, hipolipemiantes, antibióticos, antiinflamatorios, ...). Este proyecto tiene como objetivo mejorar la seguridad del paciente actuando como recordatorio de los límites a la prescripción de los antidiabéticos que impone la función renal del mismo, a la espera de que esta información se integre en los sistemas de ayuda a la prescripción electrónica.

RESULTADOS ESPERADOS

? Evaluar la adecuación de dosis prescrita de los fármacos antidiabéticos no insulínicos en los pacientes diabéticos con IR del sector Barbastro
? Promover la correcta dosificación en pacientes con IR.
Objetivo secundario
? Revisar el resto de la medicación prescrita, en caso de detectarse una contraindicación o dosificación inadecuada del antidiabético no insulínico.

MÉTODO

Se comunicará en junta técnico asistencial y los resultados se presentarán en sesiones farmacoterapéuticas a todos los equipos del sector. La FAP realizará la revisión por CIAS, y el seguimiento y evaluación de la aceptación de las recomendaciones por tipo de ajuste (reducción de la dosis, ampliación del intervalo terapéutico o suspensión del tratamiento por contraindicación). Además junto con las recomendaciones se facilitará una tabla de dosificación de fármacos en IR.
El personal de medicina y enfermería de AP revisará los informes de recomendaciones y adecuará los tratamientos.

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

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0006

1. TÍTULO

ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL

inadecuación de dosis o contraindicación.

Febrero, mayo y octubre 2019: % pacientes diabéticos con prescripción inadecuada de la dosis o contraindicación de antidiabéticos no insulínicos y algún medicamento más con inadecuación de dosis o contraindicación.

Noviembre-diciembre 2019: % pacientes en los que se han aceptado las recomendaciones. Valora a alcanzar: = 50%.

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 Barbastro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ANA TERESA MONCLUS MURO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro DAP BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ATENCION PRIMARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO ENRIQUE CONCEPCION
ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR
BERNUES SANZ GUILLERMO
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR
FORNIES LACOSTA PILAR
VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL
NOGUERO CARRERA ADORACION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Analizada la terminología que envuelve el objeto del Proyecto, éste pasa a llamarse Gestión de la Demanda Inmediata (GDI) en Atención Primaria.
Se han realizado un total de siete reuniones presenciales de 2h de duración, según consta en las actas. En las últimas dos reuniones se han incorporado los dos EIR de EFyC adscritos al Sector y las tres enfermeras referentes de las consultas de GDI de Barbastro, Monzón Urbano y Fraga.
Se han mantenido dos reuniones con la responsable del grupo administrativo de Atención Primaria (AP) del Sector y con las responsables de admisión de los centros de salud con consulta de GDI.
Se ha elaborado un borrador de Procedimiento Operativo para la consulta de Gestión de la Demanda Inmediata (GDI) que incluye por el momento siete protocolos de actuación: Heridas, Quemaduras, Picaduras, Afta oral, Paroniquia aguda, Síndrome miccional, Diarrea.
Se ha implantado la Consulta de GDI en los centros de salud con mayor demora y demanda asistencial: Barbastro (marzo 2019), Fraga y Monzón Urbano (octubre 2019).
Los componentes del equipo de mejora, los EIR y las tres enfermeras referentes de las consultas de GDI, mantienen comunicación y trabajo continuo mediante un grupo de Whatsapp, correo institucional y GoogleDrive.
Este Proyecto y las actividades llevadas a cabo en el mismo, fueron presentados en las XVII Jornadas de Trabajo sobre calidad en salud y XV Congreso de la Sociedad Aragonesa de Calidad Asistencial celebradas en Teruel durante los días 19 y 20 de junio de 2019.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido un protocolo de atención para la gestión de la demanda: si
Se ha implantado la consulta de la GDI: Si, en Barbastro, Monzón y Fraga.
Se ha realizado la formación pertinente: Solicitada la formación en la encuesta previa al Plan de Formación del SALUD 2020. Se ha expuesto el circuito para la GDI, así como los avances en el proyecto durante las Comisiones Técnico Asistenciales (CTA) del Sector. Se han llevado a cabo sesiones clínicas informativas en los centros que así lo han solicitado.
Se está trabajando en la modificación del protocolo de OMI-AP "Gestión de la demanda por enfermería", para ser extensivo a todo el circuito de GDI.
En todo el año 2019 las enfermeras de GDI han atendido 7812 consultas. Fuente de datos: OMI-AP.
nº de pacientes cuya solicitud de demanda inmediata en horario ordinario es solucionada/resuelto por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario y que son valorados por enfermería x 100: Muestreo aleatorio de 50 consultas atendidas en horario ordinario en los 3 centros de salud en los que ya está completamente implantada, de las cuales, el 58% fueron resueltas por enfermería (estándar marcado: 20%). Fuente de datos: OMI-AP.
En 2019, el centro de salud de Barbastro objetivó un descenso en los días de demora para ser atendido por su médico de Atención Primaria. Datos no valorables todavía para los centros de salud de Monzón Urbano y Fraga.
Fuente: SIAP.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

De forma tácita, se puede afirmar que la satisfacción general de los profesionales con la consulta de la GDI es alta. Pendiente realizar encuesta dirigida a profesionales y usuarios.
Es indispensable la formación en atención de enfermería a los procesos banales y autolimitados. Pendiente incluir en el plan de Formación del SALUD.
Queda pendiente la incorporación de nuevos protocolos en el Procedimiento Operativo, así como su aprobación definitiva.
Queda pendiente la implantación de la consulta de GDI en otros centros de salud.
Se prevé la implantación de un circuito para la GDI en horario de atención continuada.
El trabajo realizado por el grupo que integra este proyecto podría ser trasladado como una oportunidad de mejora para otros sectores sanitarios.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/16 ===== ***

Nº de registro: 0016

Título
GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

Autores:
MONCLUS MURO ANA TERESA, PUEYO ENRIQUE CONCEPCION, ALBAS MARTINEZ MARIA PILAR, BERNUES SANZ GUILLERMO, COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR, FORNIES LACOSTA PILAR, VIDALLER BORRAS JUAN MANUEL, NOGUERO CARRERA ADORACION

Centro de Trabajo del Coordinador: DAP BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La última encuesta de satisfacción de usuarios del Sistema de Salud de Aragón, muestra como los indicadores más desfavorables respecto a Atención Primaria (AP) del Sector Barbastro son los relacionados con la facilidad para conseguir cita, la posibilidad de escoger día y hora y el tiempo de espera. Por otro lado, cada vez es más palpable la autopercepción de ayuda inmediata para solucionar los problemas de salud sin discriminación del carácter urgente de esta necesidad; este hecho aboca, entre las consecuencias, en una mayor presión sobre los profesionales.

Otro hecho a tener en cuenta es que hoy en día la práctica totalidad de la demanda se encauza a la consulta médica.

La revisión sistemática llevada a cabo por Mármol-López, muestra evidencias de cómo las enfermeras de AP son los profesionales referentes que deben liderar las intervenciones durante todos los procesos de la vida del paciente y su familia, promoviendo la autonomía necesaria para una gestión adecuada de sus necesidades de autocuidado y de su enfermedad.

AP constituye la puerta de entrada al sistema sanitario, y atendiendo a la cartera de servicios, se hace necesario un análisis del actual rol de enfermería, en el que la gestión de la demanda indomorable sea un pilar esencial. La participación activa de todos los profesionales del EAP en este proyecto, resulta imprescindible para asegurar una atención sanitaria en el nivel correcto para el problema de salud presentado.

La aplicación de la gestión de la demanda ha demostrado presentar una alta resolución de las necesidades de los usuarios, aportando, a su vez, un porcentaje elevado de consejos de salud y de educación sanitaria.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Elaborar estrategias que permitan una atención integral al paciente, la familia y la comunidad, elaborando un sistema de flujo de la demanda que garantice la calidad asistencial.
2. Diseñar e implementar un protocolo para la gestión de la demanda asistencial en atención primaria.
3. Visibilizar la competencia de la enfermera familiar y comunitaria en la resolución de la demanda espontánea.
4. Aumentar la satisfacción del paciente en relación a la accesibilidad asistencial.

MÉTODO

Se constituirá un grupo de trabajo multidisciplinar formado por médicos y enfermeros de AP con desarrollo profesional en atención ordinaria(AO) y continuada(AC) que desarrollan su actividad en centros de difícil cobertura y/o alta presión asistencial.

Se realizarán reuniones presenciales mensuales, y trabajo activo mediante el uso de herramientas electrónicas.

Se tendrá en cuenta la bibliografía reciente y otros procedimientos desarrollados en otros servicios de salud.

Se crearán nuevos registros en OMI-AP que permitan dar respuesta a los indicadores.

Se diseñarán encuestas de satisfacción destinadas a pacientes y profesionales implicados en la atención.

Finalizado el protocolo, se realizará en cada EAP seleccionado, las actividades formativas pertinentes.

Se evaluarán los resultados mediante los indicadores pertinentes (explotados a partir de OMI-AP y SIAP) y encuestas de satisfacción a trabajadores y usuarios.

INDICADORES

1.- Se ha establecido un protocolo de atención para gestión de la demanda

Estándar: Si/NO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0016

1. TÍTULO

GESTION DE LA DEMANDA EN ATENCION PRIMARIA

2.- nº de centros de salud en los que se han impartido sesiones clínicas para la implementación del protocolo
Estándar: > 5/15

3.- nº centros en los que se ha implementado el protocolo/nº de centros que han recibido formación para la implantación del protocolo X 100
Estándar: >80%

4.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería/nº pacientes que acuden a urgencias en horario de AC x 100
Estándar: 70-80%

5.- nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC y cuyo problema es resultado por enfermería/ nº de pacientes que acuden a urgencias en horario de AC valorados por enfermería
Estándar: 20-30%

6.- nº de pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario valorados por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario x 100
Estándar: 70-80%

7.- nº de pacientes cuya solicitud de demanda inmediata en horario ordinario es solucionada por enfermería/nº pacientes que solicitan demanda inmediata en horario ordinario y que son valorados por enfermería x 100
Estándar: 20-30%

8.- Porcentaje de pacientes con alto grado de satisfacción en relación a la demanda asistencial.
Estándar: 80%

9.- Porcentaje de profesionales implicados en el proyecto con alto grado de satisfacción en relación a la gestión de la demanda asistencial.
Estándar: 80%

DURACIÓN

Cronograma general:

- ene-abr: constitución del grupo. Reparto tareas. Desarrollo del protocolo.
- may-jun: formación e implementación del protocolo (1ª fase)
- jul: elaboración de las encuestas de satisfacción
- sep-dic: análisis y difusión de resultados
- 2020 (2ª fase)

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 - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE SUSANA PEREZ SARASA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BERDALA CLEMENTE RAQUEL
CASTELLA SEGARRA MARTA
ARIÑO BAILO VANESA
LAPEÑA LLERA ANABEL
COSTA MENEN ELENA
DUESO CORVALAN MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Seguimiento del Protocolo Autonómico de contracepción, tanto por Atención Primaria, asumiendo la anticoncepción de bajo riesgo, como por especializada, controlando solamente la contracepción en mujeres de riesgo y derivando al control de DIUS a las matronas de AP
Reunión del grupo de trabajo.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller práctico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón como formadora SEC en Hospital de Barbastro el día 7 de noviembre del 2018 de 5 horas de duración.
Información por la matrona de Planta a las mujeres en el puerperio inmediato, de los métodos anticonceptivos existentes y si son mujeres de riesgo, se programa la cita en consulta especializada al alta postparto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Las mujeres atendidas en el CS Fraga que solicitan información para IVES en los cinco últimos años han sido 144 De ella un 78.8 % son extranjeras y de las extranjeras las mujeres de Europa del Este suponen el 81,3% de las demandantes de IVES. En 2017 llama la atención que el 41,9% de las mujeres atendidas habían tenido un IVE previo. En 2018 se han atendido 18 mujeres que solicitan IVE, 13 menos que en 2017.
En 2018 se han controlado 199 mujeres embarazadas, de las cuales 103 eran Españolas (51.5%) y Extranjeras 97 (48.5%), siendo el porcentaje mayor los correspondientes a las nacionalidades de Rumania, Bulgaria y Marruecos. En este año observamos una disminución de mujeres que acuden a solicitar IVES es del 41,9%, en especial en el grupo de extranjeras que ha disminuido en un 46,1%
El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 año el año 2016 a 164 en 2017 Y 206 en 2018, su uso se ha incrementado en un 403% en dos años, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.
En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos y 50 en 2018
En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, en especial a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 solo se ha insertado uno y en 2018 ninguno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. En urgencias en 2016 se instauraron 51 métodos LARC y en 2018 solo 22, incluyendo en ellos los DIUS MIRENA que se insertan por SMA.
En Atención especializada seguimos haciendo la retirada de los implantes .
DIUS: El gasto por DIUS de LNG de 5 años (Jaides y Kylena) en 2018 ha sido de 57, 48% más que el año anterior. Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías y que es un método a potenciar.
Los DIUS de LNG en 2016 se colocaron 118, en 2017 unos 164 y en 2018 se han insertado 178.
En total se insertaron en las consultas de ginecología del Sector en 2018 unos 410 LARC, 109 más que en 2016
Demora en Consultas de ginecología para atender Inserción de métodos LARC. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días y en 2017 de 29 días para atender una la inserción métodos LARC. En Diciembre de 2018 la demora media ha sido diferente en las consultas Monzón y Barbastro, siendo ésta de más de 90 días por problemas de falta de personal, mientras que en Fraga la demora ha sido de 20 días. A fecha 30 de enero no hay demora en ninguna consulta por la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de puérperas: 90 %
Número de DIUS insertos en consultas en 2018: 292
Numero de DIUS en nulipara 2018: 30
Número de implantes insertados por Atención Primaria 2018: 206
Numero de implantes insertados por Atención especializada en 2018: 50
Numero de implantes retirados por mala tolerancia en AP en 2018 : 2
Control de complicaciones. 1 IMPLANTE POR INFECCIÓN DE LA HERIDA
La población en edad fértil que asistimos en el Sector Barbastro, es compleja, el porcentaje de mujeres extranjeras atendidas en el parto en el hospital es del 35% y en algunas consultas, como Fraga, llega al 48%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

con 18 nacionalidades diferentes.

Se trabaja para informar sobre anticoncepción y evitar IVES de repetición, captando mujeres de riesgo por matronas de Atención Primaria y matronas de Planta y facilitarles el acceso a métodos seguros.

Destacar la importancia del implante anticonceptivo como método de larga duración, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.

El incremento en la inserción de metodos LARC permite ofrecer una anticoncepción segura y eficaz en el Sector.

El 21% de las mujeres atendidas en CE. de Fraga para LARC había tenido IVES previos.

En 2018 han disminuido las mujeres que solicitan IVES, desconocemos si es por la mayor oferta de métodos seguros o es circunstancial.

Consideramos necesario trabajar coordinadamente, enfermería, matronas y ginecólogos para facilitar la contracepción segura.

El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/493 ===== ***

Nº de registro: 0493

Título
COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
PEREZ SARASA SUSANA, BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GASCON MAS ELENA, ARIÑO BAILO VANESA, LAPEÑA LLERA ANA ISABEL, COSTA MENEN ELENA, DUESO CORBALAN CARMEN, IRICIBAR MIR LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Anticoncepción
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

En el Sector Barbastro trabajan,matronas de AP, enfermería y ginecólogos, facilitando la información en contracepción y la accesibilidad a las consultas, en especial a mujeres en riesgo de exclusión.

En 2015, iniciamos un Plan de Mejora, para informar en el puerperio inmediato sobre métodos LARC. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos. El implante, era bien aceptado en etnia gitana e inmigrantes.

Seguimos trabajando el circuito asistencial en el postparto inmediato.

En 2015, se inició en AP la inserción de implantes subdérmicos por parte de las matronas,

El 33% de los partos atendidos en 2017 en H.de Barbastro, son inmigrantes y en consulta de Fraga un 44%. Este colectivo, es especialmente vulnerable por barrera idiomática y desconocimiento de los recursos y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad. El 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo general: Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.

- Información contraceptiva en puerperio inmediato.
- Dar información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Potenciar uso de métodos seguros de Larga Duración (LARC)
- Espaciar intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en cta. especializada.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0493

1. TÍTULO

COORDINACION ASISTENCIAL ATENCION PRIMARIA-ENFERMERIA Y SERVICIO DE GINECOLOGIA PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION EN EL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO

Presentación del Protocolo Autonómico en S. de ginecología y realización de reunión conjunta con las matronas de AP para valorara las novedades.
Curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) en H.de Barbastro el 29/09/2016.
Recogida de datos y variables por las enfermeras de consulta de ginecología de los métodos LARC instaurados.
Taller practico acreditado para inserción y retirada de implantes. impartido por Dra Aragón, formadora SEC en H. de Barbastro el 14/11/2017 (5h)
Información contraceptiva en el puerperio inmediato y si son de riesgo, derivar a consulta especializada.
RESULTADOS 2017
MUJERES QUE SOLICITAN IVES ATENDIDAS C.S FRAGA .
En los 5 últimos años 144 mujeres solicitan información para IVES.
Un 78,8 % son extranjeras (81,3% de Europa del Este) .En 2017 el 41,9% habían tenido un IVE previo
Implantes en AP se han incrementado en un 321% en 2017.
El nº de implantes en las consultas de zonas alejadas del hospital fue de 33 en 2017.
DIUS: Jaides, colocados 9 en todo el Sector.
DIUS Mirena se ha incrementado en un 29.6%
Total insertados en consulta de ginecología 352 LARC 2016 y 322 LARC 2017.
Demora en Cta. ginecología para Inserción de métodos LARC 30 dias.

INDICADORES

Nºmujeres puérperas informadas en Planta 90 %
NºDIUS insertos en 2018.
Nºimplantes insertos por A. P. y A. Especializada en 2018
Nºimplantes retirados por mala tolerancia
Control complicaciones.

DURACIÓN

Finalizacion en Dic. 2018.
Recogida complicaciones de los implantes.
Taller practico :Retirada implantes por matronas Nov. 2018
Evaluacion: Nov. 2018

OBSERVACIONES

Destacar la importancia del implante como método LARC, seguro y cuya eficacia no depende de la usuaria, la inserción por las matronas de AP permite ofértales todas las mujeres del Sector y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital.
El 21% de las mujeres atendidas en CE Fraga para LARC han tenido IVES previos.
Es necesario seguir trabajando conjuntamente con enfermería, para captar mujeres de riesgo.

11. ENFOQUE PRINCIPAL DEL PROYECTO

Coordinarnos con matronas de AP para captar grupos de riesgo y simplificar el circuito de acceso a los métodos anticonceptivos seguros
Atender de forma preferente a mujeres con patología o problemática social que lo soliciten.
POBLACION DIANA.
Mujeres en edad fértil que acuden a parir al hospital de Barbastro. 640
Todas mujeres en edad fértil del Sector.
Mujeres entre 15 y 65 años 31.731

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0513

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE ROCIO CUCALON MARIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAYAN SERRANO LETICIA
ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA
RUZ SANCHO DAVINIA
RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL
CANELLAS AMNELLA MARTA
PEREZ RUEDA NOELIA
ALTEMIR MURILLO EVA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se elabora consentimiento informado para la toma de imágenes.
Al entregar a cada paciente o familiar se explica el motivo
Se ha creado una carpeta con las imágenes de las úlceras almacenadas por NHC y un archivo de word con una tabla poniendo los antecedentes, NHC, edad y sexo y la valoración y evolución de las úlceras.
A día de hoy se sigue solicitando la autorización y elaborando el archivo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Al tener un archivo con imágenes y evolución de las úlceras, enfermería y medicina puede acceder y ver la evolución con el tratamiento aplicado a dicha úlcera.
Los pacientes que han reingresado, han tenido seguimiento de la úlcera de modo continuado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se necesitaba un consentimiento informado para poder realizar fotografías y llevar un seguimiento más objetivo de las úlceras. De este modo todo el personal médico y enfermero tiene la misma perspectiva de evolución, objetivándolo a la vez en imágenes y por escrito.
Es algo necesario en una planta hospitalaria puesto que cada día rota el personal y no lo ve siempre la misma persona.

7. OBSERVACIONES.
Se solicita el seguimiento de dicho proyecto puesto que vemos algo productivo y de mejora en la continuidad de la úlcera y su tratamiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/513 ===== ***

Nº de registro: 0513

Título
PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Autores:
CUCALON MARIN ROCIO, ORTEGA TORREÑO AZZAHARA, RUZ SANCHO DAVINIA, ALTEMIR MURILLO EVA, CANELLAS AMNELLA MARTA, RODRIGUEZ BERENGUER RAQUEL, PEREZ RUEDA NOELIA, ELIZALDE PEREZ DE CIRIZA MARIA IGNACIA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0513

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DATOS E IMAGENES PARA EL CONTROL EVOLUTIVO DEL TRATAMIENTO DE ULCERAS EN PACIENTES DE INGRESO HOSPITALARIO EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA DE FRAGA

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es muy frecuente el uso de imágenes fotográficas en los estudios/ trabajos de investigación sanitarios y también como instrumento en la práctica clínica asistencial, siempre preservando la confidencialidad, la intimidad, la privacidad y la dignidad del paciente. Para ello es necesario disponer de varios elementos indispensables como son: una autorización escrita a los pacientes o a sus responsables legales que informe de qué y para qué se realizan y utilizan las imágenes obtenidas. Así como de unos archivos médicos protegidos para el registro de datos, que en nuestro caso servirán como instrumento en la práctica clínica, para hacer consultas a otros expertos pertinentes para su tratamiento, como material docente del personal y posteriormente para elaborar publicaciones médicas, garantizando el anonimato de la información cuando ésta vaya a ser usada para investigación. Ateniéndonos a los fundamentos jurídicos sobre protección y transmisión electrónica de datos médicos que se recogen en directivas comunitarias en España

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el tratamiento y prevención de úlceras mediante la creación de una autorización escrita para la utilización de datos fotográficos.

Disminuir la estancia hospitalaria en pacientes con esta patología.

Detección de complicaciones asociadas y tratamiento precoz de las mismas.

MÉTODO

1º- Creación de hoja de consentimiento informado para la toma de imágenes de la lesión, dicho documento reflejara: que y para qué se realizan y emplean las imágenes.

2º: Creación de un archivo informático con imágenes autorizadas de acceso restringido:

Se adjuntarán las imágenes en carpetas de un ordenador con acceso exclusivo del personal de enfermería y medicina responsable del tratamiento del paciente con contraseña. Dichas carpetas estarán identificadas únicamente por NHC. Imágenes con medición de las lesiones al ingreso y nuevos controles fotográficos cada 72 horas para controlar la evolución y complicaciones asociadas al cuidado de las mismas.

3º Creación de una base de datos informática-hoja excel para registro de datos confidenciales referente a la evolución de la ulcera: Valoración de la úlcera, NHC, Sexo, Edad y antecedentes clínicos(como factores de riesgo).

INDICADORES

- Aumento de los conocimientos e información de los profesionales sobre la patología cutánea.

- Seguimiento de la evolución mediante la base de datos creada en Excel.

DURACIÓN

Creación y establecimiento desde 1 de octubre durante un año con expectativa de implantarse como medida establecida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISIONE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIASDEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE SILVIA PUEYO LALIENA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro CENTRO SANITARIO BAJO CINCA
· Localidad FRAGA
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ RIVAS VANESSA
SANZ ARMUNIA MANUEL
TOLOSA BARRIOS OIHANA
MONTILLA DURAN LORENA
CUCALON MARIN ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de hoja de control de material y medicación donde aparece ubicación en el carro, cantidades y caducidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud).

-Elaboración de hoja que incluya la fecha de revisión, la firma del responsable de la revisión,el número de sellado y las observaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Se ha conseguido mantener el carro sellado y completo.

-El equipo de urgencias habitual, conoce el contenido del carro.

-Se ha conseguido implicar más al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control,mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El equipo cree muy necesario mantener un control de todo el material del carro de paros.

- Es de suma importancia que todo el personal del servicio de urgencias (fijo y eventual) esté familiarizado con el contenido y el mantenimiento del carro de paros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/342 ===== ***

Nº de registro: 0342

Título
IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Autores:
PUEYO LALIENA SILVIA, SANCHEZ RIVAS VANESSA, SANZ ARMUNIA MANUEL, MONTILLA DURAN LORENA, PORQUERAS GRACIA DAVID, TOLOSA BARRIOS OIHANA, CUCALON MARIN ROCIO, MIRALVES GUIRAL MARIA BEGOÑA

Centro de Trabajo del Coordinador: CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todas
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0342

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE PROTOCOLO DE CONTROL, REPOSICION Y REVISION DE CADUCIDADES DEL CARRO DE PAROS DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL CENTRO SANITARIO DE FRAGA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El carro de paros es un elemento indispensable dentro de cualquier centro hospitalario, especialmente en un servicio de urgencias.

Todos los profesionales sanitarios que trabajan en esta unidad deben conocer la ubicación del carro, su organización, el manejo y funcionamiento del mismo.

El centro sanitario de Fraga dispone de un Box Vital en el área de urgencias donde se encuentra ubicado el carro de paros. Este Box está a disposición de todo el personal sanitario del centro que lo precise ante una atención urgente inmediata.

Debido a que muchos profesionales tienen acceso al carro de paros, nos vemos en la necesidad de crear un protocolo de control, reposición y revisión de este con la finalidad de mantenerlo en unas condiciones óptimas para su utilización.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mantener de forma permanente una dotación completa y correcta del carro.
- El equipo de urgencias deberán conocer el contenido y distribución de los elementos que posee el carro de paros.
- Implicar al personal del servicio de urgencias hospitalarias de Fraga en el control, mantenimiento y funcionamiento de los elementos del carro de paros.

MÉTODO

Será responsabilidad del personal de enfermería de urgencias hospitalarias cada lunes en turno de tarde:

1. Revisar el orden del material y la medicación del carro de paros, así como la existencia de recambios en el almacén y la revisión de la fecha de caducidad de todos los componentes del carro.
2. El último lunes de cada mes, además de realizar el control del carro, se retirarán y repondrán los materiales y medicaciones que vayan a caducar.
3. Diariamente se verificará, en cada turno, que el carro esté precintado correctamente.

En ausencia de éste, se realizará la revisión, reposición y sellado del mismo.

Para todo esto, se creará una hoja de control de material y medicación, donde aparecerá la ubicación en el carro, cantidades (aprobado por la comisión de farmacia y terapéutica 1/2012 del extinto Consorcio de Salud) y fecha de caducidad. Así mismo, otra hoja que incluya la fecha de revisión, la firma, así como el número de sellado y observaciones.

INDICADORES

1. Verificación mensual del listado de caducidades.
2. Complimentación y registro completo de todas las revisiones.
3. Análisis mensual del funcionamiento del procedimiento por medio de los componentes del equipo de mejora.

DURACIÓN

Desde el 1 de noviembre de 2016 hasta el 30 de abril de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ADMISION Y DOCUMENTACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
SIERRA CALLAU MODESTO
ROMERO MARCO DIONISIA
ANGLES BARBASTRO ROSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Siguiendo el calendario incluido en la propuesta, en esta primera anualidad se han realizado todas las actividades necesarias para la definición y desarrollo de la plataforma tecnológica para provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios, mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización. Concretamente se han realizado las tareas necesarias para definir y desarrollar los siguientes componentes de la plataforma:

- El entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
 - El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
 - Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapéutico en función de criterios start/stop para pacientes polimedcados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
 - Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
- Se han trabajado los criterios de inclusión y exclusión de pacientes. También las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha desarrollado la primera versión de plataforma tecnológica integrada compuesta por los componentes enumerados en el apartado anterior. Esta lista para abordar su validación mediante una prueba de concepto y un piloto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No aplica en esta fase. Esperamos describir las lecciones aprendidas después de la prueba piloto, en la próxima memoria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1763 ===== ***

Nº de registro: 1763

Título
PROYECTO POLYCARE

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLAS BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE

PROBLEMA

POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".

El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.

Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.

En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, Contrato Programa 2017

51

que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.

Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:

Revisar los criterios de inclusión para pacientes

Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center

Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS

PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO
REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A
DOMICILIO

MÉTODO

El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios. Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.

El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas. Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio. Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

INDICADORES

Durante toda la fase de pruebas se recogerá información

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCAR

para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atención Especializada, Atención Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2009/0064

1. TÍTULO

EFICACIA EN LA ATENCION AL PACIENTE QUE REQUIERA DE ACCESO VASCULAR PERIFERICO, DESDE LA CONSULTA DE EXTRACCIONES DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE ROSA CORED NASARRE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
COSCOJUELA QUIROGA ANA
GARCIA SOLANS MERCEDES
CORONAS FUMANAL CONCEPCION
BONED DEFIOR CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNIONES CON RESPONSABLES DE ENFERMERIA Y DUES IMPLICADOS EN EL CIRCUITO DE LOS SERVICIOS DE DIGESTIVO, RADIOLOGIA, QUIROFANO, REANIMACION Y CONSULTAS.
REUNIONES DURANTE EL MES DE ABRIL DEL 2009, EXPLICANDO LAS ACCIONES A REALIZAR. DESDE CONSULTAS SE ESCRIBIRA EN LA PATICION A LAPIZ "HAY QUE PONER VIA"

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
95% DE SATISFACCION EN LOS PACIENTES QUE REQUERIAN VIA (registro en la petición con una escala de 0-10, valorando satisfacción cuando estaba 8-10)
98% DE SATISFACCION EN LOS SERVICIOS A LOS QUE ACUDIAN ESTOS PACIENTES (registro en papel con una escala de 0-10, valorando satisfacción cuando marcaban 8-10)
DISMINUCION DE PETICION DE MATERIAL PARA REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE SANGRE EN UN 7% (aguja y cono de sistema vacio)
OPTIMIZACIÓN TIEMPO DE ENFERMERA, SIN VALORAR EN MINUTOS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA VALORACION DEL EQUIPO DE MEJORA ES MUY POSITIVA, SE HAN CUMPLIDO LOS OBJETIVOS DE SATISFACCION DEL PACIENTE EVITANDO PUNCIONES INNECESARIAS, GASTO ECONOMICO INNECESARIO Y GASTO DE TIEMPO ENFERMERO INNECESARIO. SE VALORARA EN ADELANTE HACERLO EXTENSIVO A LA UNIDAD DE HOSPITAL DE DIA ONCO-HEMATOLOGICO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2009/64 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0919

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Fecha de entrada: 29/01/2018

2. RESPONSABLE ADRIAN FONTAN ABAD
· Profesión BIOLOGO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SOPENA MURILLO ANA
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
COSTA RODRIGUEZ PATRICIA
BIELSA MOLINA PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se recogen resultados de albúmina, colesterol, linfocitos y resultados del score CONUT de 458 pacientes con analítica de ingreso desde su implantación hasta finales del 2016. Los pacientes se agrupan según su estado de desnutrición y el servicio de peticionario. Las variables cuantitativas se expresan como media \pm desviación estándar, las cualitativas en porcentaje. Se realiza estudio ANOVA con Analyse-it. Significancia $p < 0.05$.

Se incluye en el informe del laboratorio el grado de desnutrición en el cribado, pretendiendo así que el medico responsable del paciente inicie estudio de la valoración nutricional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La media de edad de los pacientes es $80,76 \pm 7,21$ años, siendo un 50,66 % hombres. El 17,47 % presentan un estado nutricional normal, el 36,24% un estado de desnutrición leve, el 37,99% moderado y un 8,30% un estado severo. El servicio que más ingresos presenta es medicina interna, siendo éste en el que los pacientes presentan peor estado nutricional, seguido de geriatría y cirugía. Los niveles de albúmina (g/dL), colesterol (mg/dL) y linfocitos totales /mL de la población se muestran en la tabla muestran disminuciones estadísticamente significativas conforme aumenta el grado de desnutrición. Tanto la albúmina, el colesterol como los linfocitos, presentan una disminución de la media según aumenta el grado de desnutrición, $p < 0.0001$ en las tres variables.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Es un método útil y automático para el cribado nutricional de los ingresados en el hospital.
- Supone un valor añadido a la información que aporta el Laboratorio Clínico.
- Aporta información tanto de los pacientes en los que debemos hacer énfasis en corregir el estado de desnutrición, así como los servicios que atienden a pacientes con mayor riesgo.

Es recomendable que los servicios peticionarios una vez que reciben la información del cribado, tomen medidas para evaluar el estado nutricional, y si es necesario intervengan en consecuencia. Con todo ello se pueden reducir las co-morbilidades y el tiempo de estancia media, reduciendo así los costes globales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/919 ===== ***

Nº de registro: 0919

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Autores:
LARREA ORTIZ-QUINTANA MARIA DEL MAR, FONTAN ABAD ADRIAN, SOPENA MURILLO ANA, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, COSTA RODRIGUEZ PATRICIA, BIELSA MOLINA PATRICIA, HERNANDEZ MORA EMILIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0919

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CRIBADO NUTRICIONAL AUTOMATIZADO EN PACIENTES HOSPITALIZADOS DESDE EL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS

Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desnutrición hospitalaria constituye un grave problema con importantes repercusiones clínicas y económicas. Se estima que la prevalencia de desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre el 30-55%. Es altamente conocida la relación entre esta desnutrición y el incremento de las tasas de morbi-mortalidad, como afectaciones del aparato digestivo, función cardiorrespiratoria, sistema endocrino, procesos de cicatrización y curación de heridas, así como aumento de las complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia hospitalaria, con el consiguiente aumento del costo de la asistencia hospitalaria.

Se puede mejorar la calidad asistencial con la implantación de un sistema de detección de desnutrición para la totalidad de los pacientes ingresados sin costes adicionales. Además de la vigilancia de la incidencia de nuevos casos, su seguimiento y aplicación del procedimiento para la mejoría de la situación del paciente, con los consiguientes beneficios tanto clínico-asistenciales como económicos. Por todo ello, se utilizan diferentes métodos de cribado para la detección de la desnutrición hospitalaria. Uno de ellos es el método CONUT, en él, se aplica un score dependiendo de las concentraciones de albúmina, linfocitos y colesterol, clasificando a los pacientes en riesgo por desnutrición normal, leve, moderada y severa.

El objetivo de calidad de este proyecto es la implantación y cálculo de este score en pacientes ingresados mayores de 40 años, a los que se les realiza una analítica con los 3 parámetros básicos, valoración de su estado nutricional y consiguiente informe al médico responsable, así como su seguimiento semanal.

Este proyecto ha sido expuesto en sesión clínica general de forma conjunta por facultativos de Análisis Clínicos y el Responsable de la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro, llegando a un acuerdo general con los asistentes.

RESULTADOS ESPERADOS

Envío de informe al medico solicitante.

Seguimiento del estado nutricional mientras se encuentre ingresado.

Proporcionar ayuda en la priorización de pacientes que deben ser tratados por desnutrición

Prevención de comorbilidades asociadas a la desnutrición en el paciente ingresado

Mejora de la calidad asistencial en pacientes ingresados

MÉTODO

Inclusión en el informe de laboratorio de los pacientes ingresados, del resultado del cálculo del score con un comentario interpretativo del estado de desnutrición.

El facultativo que valida las peticiones de bioquímica revisará todas las peticiones realizadas de pacientes ingresados y valorará el estado previo y la evolución del score durante el ingreso.

Reuniones entre los responsables con la Comisión de Nutrición del Hospital de Barbastro.

INDICADORES

Número de pacientes a los que se les aplica el score.

Número de pacientes con estado nutricional normal.

Número de pacientes con estado de desnutrición leve.

Número de pacientes con estado de desnutrición moderado.

Número de pacientes con estado de desnutrición severo.

Número de pacientes que presentan mejoría en la evolución del estado nutricional

Número de pacientes que presentan empeoramiento en la evolución del estado nutricional

Número de pacientes que no presentan mejoría ni empeoramiento en la evolución del estado nutricional

Numero de reuniones entre el servicio y la Comisión de Nutrición

DURACIÓN

La duración completa del proyecto se estima que sea aproximadamente de 12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA LALANA GARCES
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FONTAN ABAD ADRIAN
CARRILLO PRADA JOSEFINA
MARTINS DOMINGO ORLANDO
VIVES AGUEDA PEDRO JOSE
SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado las recomendaciones de las Guías sobre enfermedades víricas en Hemodiálisis y Guías de Centros de Hemodiálisis de la Sociedad Española de Nefrología, donde se definen los controles analíticos y periodicidad de medición de las diferentes determinaciones serológicas para VHB, VHC y VIH.
Con estas recomendaciones hemos actualizado los protocolos de serología para pacientes en Hemodiálisis.
Se han ido revisando a través de nuestro sistema informático las peticiones solicitadas de la unidad de Hemodiálisis para ver si se ajustaban a los nuevos protocolos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se valora el número de peticiones que se han ajustado a los protocolos: un 49%, por tanto no llega al estándar establecido (>90%). Por lo que se han revisado las serologías realizadas en el año 2016 y 2017 para VHC, VHB y VIH.

Analizando por determinaciones serológicas se observa una disminución significativa para las determinaciones de VHB y VIH., de un 21% y 19%, respectivamente. Estas determinaciones cumplen con los objetivos establecidos (disminución de un 10%).

En cuanto a las serologías de VHC, ha habido un incremento de peticiones de un 14%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El bajo porcentaje de peticiones que se ajustan a los protocolos y el aumento de peticiones de serologías de VHC, es debido a varios factores.

Por un lado, el aumento de movilidad de pacientes de la unidad que se van de vacaciones o ingresan en otros centros, a los que se les solicitan serologías por encima de lo establecido; por otra parte, la alteración de enzimas hepáticas que justifica la solicitud de serologías para descartar etiología viral y por último, posibles desajustes en las peticiones por aumento de la rotación del personal en la unidad.

Ante estos resultados, se decide continuar el estudio para identificar y controlar otros factores que expliquen el incremento de analíticas de VHC y poner en marcha medidas de corrección a lo largo del año 2018.

Para ello, se deberán tener en cuenta pacientes agudos que se vayan a dializar de manera ocasional, se revisarán las serologías que deberán realizarse a pacientes que acuden de vacaciones, así como a pacientes que se dializan en Lérida que realizan sus controles serológicos en nuestro laboratorio.

Se decide instaurar en nuestro programa informático un sistema que nos permita identificar los pacientes de Hemodiálisis. Para ello se va a crear un grupo de pacientes patológicos, a los que se aplicarán diversas herramientas de gestión de la demanda, como el rechazo automático de pruebas serológicas cuando se solicitan con mayor periodicidad de la establecida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/972 ===== ***

Nº de registro: 0972

Título
REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Autores:
LALANA GARCES MARTA ELENA, VEGA VIDALLE CONCEPCION, FONTAN ABAD ADRIAN, TAPIA LANUZA AMADO, MARTINS DOMINGO ORLANDO, VIVES AGUEDA PEDRO JOSE, CARRILLO PRADA JOSEFINA, SILLES ESFORZADO MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PROTOCOLO SEROLOGÍA PACIENTES HEMODIÁLISIS
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las infecciones víricas inciden en la morbi-mortalidad de los pacientes en las unidades de Hemodiálisis. Un objetivo fundamental es identificar precozmente a los pacientes infectivos o potencialmente infectivos para establecer medidas de aislamiento que impidan la transmisión nosocomial horizontal, principal vía de transmisión. El control analítico es fundamental en estos pacientes: la determinación de serologías víricas forma parte de todos los protocolos de control del paciente en Hemodiálisis. También es importante para valorar las posibilidades de tratamiento según las características del paciente, especialmente en aquellos candidatos a trasplante renal. Las determinaciones a realizar para estos pacientes están estandarizadas por la Sociedad Española de Nefrología y sus recomendaciones son las que han marcado nuestra línea de actuación. Sin embargo, debido al aumento continuado de pruebas serológicas, surge la necesidad de revisar con el servicio de Nefrología las determinaciones que deben realizarse, la frecuencia y pruebas de confirmación que se envían a laboratorios externos. Así como las pautas y nuevas pruebas a solicitar en caso de seroconversión.

RESULTADOS ESPERADOS

Adequar protocolos de serologías de pacientes de Hemodiálisis de nuestro hospital a las recomendaciones de la Sociedad Española de Nefrología.
Estandarizar la periodicidad con la que se deben solicitar dichos controles, para disminuir peticiones innecesarias o no indicadas.
Determinar qué parámetros deben solicitarse a nuestro laboratorio de referencia en caso de seroconversión para confirmar resultados..
Disminución en número de determinaciones serológicas de VHB, VHC y VIH.

MÉTODO

Revisión y modificación del documento "Serología de Paciente de Hemodiálisis" PTP-PR-VBC de nuestro sistema de calidad basado en la norma UNE-EN ISO 15189.
Reuniones con facultativos de Análisis Clínicos y Nefrología para establecer perfiles analíticos
Se crearán perfiles analíticos incluyendo los parámetros que se deben solicitar de manera automática a través de nuestro sistema informático.

INDICADORES

1.- Indicador: Porcentaje de solicitudes de serología de pacientes en Hemodiálisis que se ajustan a los protocolos.
Estándar: >90%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
2.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VIH (Ac VIH) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
3.- Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHC (Ac VHC) de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior.
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual
4.-Indicador: Porcentaje de variación de serologías de VHB, que incluyen: Ags VHB, Ac Anti core total VHB y Ac. Anti VHBs de pacientes en Hemodiálisis respecto al año anterior
Estándar: Reducir en un 10%
Análisis: mensual
Evaluación: anual

DURACIÓN

Implantación de nuevos protocolos de serología de pacientes en hemodiálisis: 12 meses

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0972

1. TÍTULO

REVISION Y ADECUACION DE DETERMINACIONES SEROLOGICAS EN PACIENTES EN HEMODIALISIS

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE AMADO TAPIA LANUZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CATENA LACOMA MARIA JOSE
ROBRES GUILLEN MARIA PILAR
LOPEZ SANCHEZ BELEN
COSTA CATALAN PALOMA
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA
PEREZ PEREZ ANA BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha implantado en el sistema informático del Laboratorio un algoritmo para detectar aquellas muestras de orina de Urgencias que presentan sospecha de tener una infección del tracto urinario (ITU) en base a los resultados obtenidos en el análisis cualitativo realizado.

Se ha implando el procedimiento para crear automáticamente el cultivo de orina en las muestras seleccionadas por el algoritmo y para incluir en el informe de urgencias un comentario que avise al médico solicitante de que el cultivo está en curso.

Se ha establecido el sistema para la conservación de las muestras, de modo que puedan ser sembradas en el próximo turno de trabajo de Microbiología y se ha notificado a todo el personal técnico del Laboratorio.

Se ha comunicado a los facultativos de Urgencias que no es necesario que realicen solicitud de cultivo ni envíen muestra para aquellos paciente bb que les hemos enviado el comentario "cultivo en curso"-

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En la actualidad, la totalidad de las muestras recibidas en el Laboratorio procedentes del Servicio de Urgencias está siendo filtradas y detectados los casos de sospecha de ITU, según los resultados de los análisis. A todas ellas se les solicita el cultivo de orina y la muestra es guardada para su posterior siembra.

Aproximadamente 40 muestras mensuales cumplen los criterios y son procesadas por este sistema.

Los resultados de los cultivos muestran que el 80 % de ellas tienen un informe como cultivo positivo y se incluye el antibiograma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son muy positivos facilitando y agilizando la labor de los profesionales de urgencias y evitando que algunos pacientes se marchen de alta sin el correspondiente cultivo y antibiograma, cuando procede.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1032 ===== ***

Nº de registro: 1032

Título
MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA ENLABORATORIO

Autores:
TAPIA LANUZA AMADO, CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN MARIA PILAR, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, PEREZ PEREZ ANA BELEN, CLUSA BARRABES CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En la actualidad, las muestra de orina recibidas de pacientes ambulatorios para análisis cualitativo y sedimento, cuyos resultados cumplen con los criterios establecidos por el Laboratorio para considerar que el paciente sufre una infección del tracto urinario (ITU), son derivadas a la sección de Microbiología para su cultivo. Esto evita que el médico tenga que solicitar el cultivo en una nueva muestra, adelanta la identificación del germen causante y su antibiograma, y permite la instauración de un tratamiento precoz adecuado en base a las sensibilidades mostradas. Los resultados obtenidos son muy buenos: entre el 1 y 2 % de las muestras totales analizadas son derivadas para cultivo y más del 80 % de estas tienen un resultado positivo y se informa el antibiograma. Las muestras de urgencias han estado hasta la fecha excluidas de este procedimiento, sobretodo por la complejidad añadida que supone su gestión fuera del horario de actividad normal del Laboratorio. Hemos detectado que a los pacientes con sospecha diagnóstica de ITU en el Servicio de urgencias se les instauro tratamiento empírico y se les remite a su médico de cabecera. Este cuando recibe al paciente no dispone de la confirmación del cultivo positivo ni del antibiograma para comprobar la idoneidad del tratamiento. Consideramos que este proyecto, con un uso muy limitado de recursos, puede mejorar notablemente la atención a los pacientes que acuden al servicio de Urgencias con ITU y favorece la continuidad de la asistencia en Atención Primaria.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivos:

- 1- Detectar a aquellos pacientes que acuden a Urgencias con ITU
- 2- Implantar una sistemática que permita realizar el cultivo de orina y el antibiograma, cuando este sea positivo, a partir de la muestra analizada en el Laboratorio con carácter urgente.

Población diana:

Número total de pacientes con análisis cualitativo de orina de Urgencias aproximado 600/mes. Cumplen los criterios de ITU entre un 5 y un 10 % (30-60 pacientes /mes).

MÉTODO

Actividades:

- 1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático (Ana Cristina Sopena)
- 2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres
- 3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo.
- 4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio
- 5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria.

INDICADORES

Consideraremos cumplido el proyecto cuando más del 80 % de las muestras que cumplan los criterios de ITU en urgencias tengan un informe de urocultivo.

DURACIÓN

- 1- Revisar el algoritmo de detección de las ITU con los resultados de la tira y el sedimento en el programa informático: julio 2018
- 2- Establecer un método de conservación de la muestra. Pilar Robres:julio 2018
- 3- Implantar el procedimiento de solicitud del cultivo. septiembre 2018
- 4- Plan de comunicación al personal del Laboratorio: septiembre 2018
- 5- Comunicación externa a los facultativos de Urgencias y Atención Primaria: septiembre 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 - 2018/1032

1. TÍTULO

MEJORAR LA ATENCION A PACIENTES DE URGENCIAS CON IMPLANTACION DE SISTEMATICA PARA CULTIVO DE ORINA PARA LAS MUESTRAS QUE CUMPLAN LOS CRITERIOS DE ITU EN EL ANALISIS CUALITATIVO DE ORINA EN LABORATORIO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANA CRISTINA SOPENA MURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANALISIS CLINICOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TAPIA LANUZA AMADO
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
LALANA GARCES MARTA
FONTAN ABAD ADRIAN
PAUL VIDALLER PEDRO
PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1) Se ha actualizado el sistema informático del laboratorio (LIS) de manera que permite la integración de las bases de datos del laboratorio del CAR de Fraga. Esta integración permite la visualización de las analíticas realizadas en este laboratorio y realizar una gestión de estos datos a distancia.
2) Se ha incorporado un sistema de control de calidad para todos los parámetros realizados en este centro. La incorporación de controles de calidad permite garantizar la fiabilidad de los resultados.
3) El sistema informático nos permite visualizar las analíticas realizadas a pacientes en este centro y su gestión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En este momento el 100% de las analíticas realizadas en el laboratorio de CAR de Fraga pueden ser visualizadas desde el SIL del laboratorio del Hospital de Barbastro. Se dispone de un sistema de control de calidad para todas las técnicas realizadas en este centro. El 100% de los controles de calidad pueden ser visualizados desde nuestro laboratorio lo que permite su evaluación por el facultativo responsable para garantizar los resultados de las analíticas y proceder a la validación facultativa. La validación de los resultados es llevada a cabo por el técnico o enfermera responsable del laboratorio de Fraga. Posteriormente el facultativo de guardia del Hospital de Barbastro realiza la validación facultativa. Actualmente el 100% de las analíticas realizadas son supervisadas y validadas por el facultativo. Una de las actividades propuestas en este proyecto era mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Estamos a la espera de realizar el concurso público por lo que el objetivo no se ha podido cumplir.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto ha permitido incorporar el laboratorio de CAR de Fraga al laboratorio del Hospital de Barbastro. Desde nuestro hospital podemos realizar la gestión de estos resultados mediante la visualización de los controles de calidad y la validación facultativa de los resultados. Sería recomendable realizar un documento de aseguramiento de la calidad con la persona responsable del laboratorio en el CAR de Fraga para una mejor gestión de los controles. En el futuro y dependiendo del concurso público de reactivos esperamos mejorar la gestión económica.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1241 ===== ***

Nº de registro: 1241

Título
MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO EN LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SOPENA MURILLO ANA CRISTINA, TAPIA LANUZA AMADO, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, LALANA GARCES MARTA, FONTAN ABAD ADRIAN, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PORTOLES CARDONA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo Patología: Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La desaparición de Consorcio de Alta Resolución de Aragón (CASAR) ha conducido a que los centros sanitarios que eran gestionados por éste hayan pasado a depender de las respectivas gerencias del sector sanitario en el que están ubicados. Es un objetivo de la Dirección del Hospital de Barbastro que los servicios de éste asuman el control del funcionamiento de los correspondientes servicios del CAR de Fraga. Hasta noviembre de 2017 la prestación analítica de ese centro estaba adjudicada por concurso público a un laboratorio privado de Jaca. El Hospital de Barbastro venía soportando el gasto de reactivos, pero la responsabilidad facultativa recaía en la empresa adjudicataria.

RESULTADOS ESPERADOS

Gestionar desde el servicio de Análisis Clínicos y Hematología del Hospital de Barbastro, tanto desde el punto de vista de la prestación analítica como de la económica, el funcionamiento del laboratorio del CAR de Fraga: Mejorar la calidad de la información integrando los datos en la base de datos de Barbastro. Mejorar la calidad analítica implantando un programa de control de calidad. Actualizar el tipo y características de las pruebas disponibles Mejorar la gestión económica.

MÉTODO

1-Actualizar la versión del sistema informático del Laboratorio (LIS) de Barbastro para que permita el trabajo en modo multicentro.
2-Incorporar la base de datos del laboratorio del CAR de Fraga a la de Barbastro para integrar los datos demográficos de pacientes y los resultados y poder hacer una gestión a distancia de los mismos.
3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa.
4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga
5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos.

INDICADORES

1- Visualización y gestión del 100% de las analíticas efectuadas en el CAR de Fraga desde el SIL del Hospital de Barbastro.
2- % de analíticas con validación facultativa: objetivo > 90 %
3- Disponer de gráfica de controles para el aseguramiento de la calidad en el 100% de las técnicas implementadas en el CAR de Fraga.
4- Visualización desde el CAR de Fraga de un catálogo de pruebas en octubre de 2018.
5- % de disminución del gasto tras la incorporación al laboratorio del Hospital de Barbastro.

DURACIÓN

Los puntos 1 y 2 (actualización de la versión del sistema informático del laboratorio y la integración de la base de datos del laboratorio CAR de Fraga a la de Barbastro) ya ha sido realizada a fecha 31 de mayo de 2018.

3-Implantar un sistema de aseguramiento de la calidad, mediante la incorporación de controles a la actividad analítica para garantizar los resultados y proceder a su validación facultativa: octubre 2018

4- Actualizar el catálogo de pruebas disponibles adecuándolo a las necesidades clínicas del CAR de Fraga: octubre 2018

5- Mejorar la gestión económica mediante la realización de un concurso público de adquisición de reactivos. Debido a que la realización de este punto depende de la realización de un concurso público establecemos el plazo en diciembre de 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1241

1. TÍTULO

MEJORAR LA PRESTACION ANALITICA DEL CENTRO DE ALTA RESOLUCION DE FRAGA (CAR) MEDIANTE LA INTEGRACION DE SU LABORATORIO E LOS SERVICIOS DE ANALISIS CLINICOS Y HEMATOLOGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0084

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CALIDAD EN EL LABORATORIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL MAR TORREGROSA MARTIN
· Profesión TEAP
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONCINS TORRES ROSA
CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR
GABARRE ORUS PILAR
COMES GARCIA MARIA DOLORES
RODEL HERNANDEZ ITXAZNE
CORED NASARRE ROSA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SEPTIEMBRE A DICIEMBRE ELABORACION DE INSTRUCCIONES Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO
DISEÑO DE UNA HOJA EXCEL PARA REGISTRO DE LA CUALIFICACION DEL PERSONAL DEL SERVICIO Y DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
CREACION DE UNA CARPETA CON TODA LA DOCUMENTACION DE CURSOS EXTERNOS E INTERNOS REALIZADOS POR EL PERSONAL DEL SERVICIO.
ENERO SE NOTIFICA AL SERVICIO DE SALUD LABORAL LA DEFICIENCIAS DE SEÑALIZACION Y LA CARENCIA DE FICHAS TECNICAS DE LOS PRODUCTOS QUE SE UTILIZAN.
FEBRERO SE INTRODUCE EN EL SERVICIO UNA CARPETA DEBIDAMENTE IDENTIFICADA PAR ANOTAR LAS INCIDENCIAS DE LAS MUESTRAS DE GINECOLOGIA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN MARZO DE 2015, EL SERVICIO DE SALUD LABORAL COMIENZA A TRABAJAR EN LAS PETICIONES SOLICITADAS:
-SE SEÑALIZA EL LABORATORIO
-SE ACONDICIONA CON ESTANTERIAS UN CUARTO ANEXIONADO A LA SALA DE MACRO QUE SE ENCONTRABA VACIO. CONCENTRANDO TODAS LAS MUESTRAS DE FORMOL YA ESTUDIADAS Y PENDIENTES DE DIAGNOSTICO.
-SE VAN COLOCANDO CARPETAS CON LAS FICHAS TECNICAS DE LOS REACTIVOS EN ESTANTERIAS AL LADO DE LOS APARATOS QUE LOS UTILIZAN

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS TEAP DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO VALORAN POSITIVAMENTE LAS ACCIONES EMPRENDIDAS.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCIONAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS NO GINECOLOGICAS QUE SE ENVIAN (POR RAZONES EXTERNAS AL SERVICIO) A OTROS LABORATORIOS MAS CONCRETAMENTE AL HOSPITAL SAN JORGE DE HUESCA.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCIONAR LA TRAZABILIDAD DE LAS MUESTRAS GINECOLOGICAS EN SOPORTE INFORMATICO

7. OBSERVACIONES.
EL PERSONAL DEL SERVICIO DE ANATOMIA PATOLOGICA SE MUESTRA SATISFECHO CON LA LOCALIZACIÓN EN EL CUARTO CERRADO QUE TIENE VENTILACION EXTERNA, PARA ALMACENAMIENTO DE LAS MUESTRAS CON FORMOL

*** ===== Resumen del proyecto 2014/84 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR GABARRE ORUS
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR
MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEPTIEMBRE:

RECOGIDA DE DATOS DE BAG DE MESES DE FEBRERO-MARZO Y ABRIL DEL 2014

RECOGIDA DE DATOS DE BAG DE MESES DE FEBRERO-MARZO Y ABRIL DEL 2015

DATOS QUE SE RECOGEN DE LA PROPIA PETICION Y DEL SIL

NOVIEMBRE REALIZACION DE UNA TABLA EXCEL PARA INTRODUCIR LOS DATOS OBTENIDOS

DICIEMBRE CREACION DE UN PROTOCOLO PARA ACTIVAR POR LOS TEAP, EL ESTUDIO MACROSCOPICO Y TECNICAS REQUERIDAS CON EL PROPOSITO DE ACELERAR EL TIEMPO DE ESTUDIO DE LA BIOPSIA Y OBTENCION DE RESULTADOS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SE CONCLUYE EL PROYECTO CON LA OPTIMIZACION DE TIEMPOS PARA LA OBTENCION DEL RESULTADO FINAL.

SE ADELANTA EL DIAGNOSTICO EN 24 HORAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA VALORACION POR PARTE DE LOS TEAP Y PATOLOGO DEL SERVICIO ES SATISFACTORIA

LA UNIDAD DE MAMA DE ESTE HOSPITAL TAMBIEN HACE UNA VALORACION POSITIVA DE ESTE PROYECTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/309 ===== ***

Nº de Registro: 0309

Título

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Autores:

GABARRE ORUS PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA HENAR, MALDONADO MUÑOZ CRISTINA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Una muestra de biopsia de mama (BAG) en nuestro laboratorio después del procesamiento normal de la muestra: (inclusión en parafina, realización del bloque, corte de la muestra y tinción de la preparación histológica) más las nuevas técnicas inmunohistoquímicas que solicita la patóloga, para un estudio mas completo, tiene un tiempo de trabajo hasta obtener el resultado de tres ó cuatro días.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Adelantar en 24 horas mínimo el diagnostico de una muestra de de mama (BAG).

MÉTODO

Cribado de informe según clasificación del radiólogo: altamente sospechoso de malignidad. Con anotación de la hora de llegada, que nos servirá de guía para el tiempo que está la muestra en formol (aconsejable entre 6-12h) y además para controlar el tiempo transcurrido hasta la obtención del resultado.

Descripción macroscópica de la muestra.

Solicitar las técnicas predeterminadas a través del SIL Patwin.

A las 12 horas se trabaja la muestra (corte del bloque, tinción de la preparación histológica, realización de las técnicas de inmunohistoquímica).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0309

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN NUEVO PROCEDIMIENTO DE TRABAJO EN LAS BIOPSIAS DE MAMA (BAG) CON OPTIMIZACION EN EL TIEMPO DE RESPUESTA

Finalmente pasar a la patóloga para el diagnostico.

INDICADORES

Registrar hora y día de llegada de los volantes del 2015.

Registro de fecha del resultado emitido del 2015.

Obtener del SIL patwin numero de BAG del 2014 y fecha de recepción de la muestra y fecha de emisión de resultado.

DURACIÓN

Un mes para obtención y conclusión de resultados del 2014.

Un mes para la creación de una tabla en el ordenador en la que anotaremos la fecha y hora de llegada y emisión de informes.

Un mes para la evaluación de los datos.

Nueve meses para actuar de la manera propuesta.

Un mes para hacer comparativa de resultado 2014 y 2015.

Un mes para conclusiones y final de proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0722

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE CARLO BRUNO MARTA CASANOVA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS MARIA PILAR
CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
ALCINA BERTOMEU ROBERTO
CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR
MARTIN HERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Notificacion en el comite de tumores digestivos a los facultativos del areas de digestivo, acerca de la implantacion del sistema y por ende la necesidad de que identifiquen correctamente en las muestras procedentes de estomago.
- Cribado de las muestras endoscopicas al momento de su recepcion y registro, separando las que corresponden a mucosa gastrica y marcando las palabras claves que hacen referencia al estomago, con rotulador fosforecente, a nivel del informe clinico endoscopico o en la hoja de peticion de estudio anatomopatologico.
- Confeccion de un grupo de tecnica inmunohistoquimicas (warthin starry y azul alcian-pas) en el programa de gestion anatomopatologica usado en nuestro departamento (Patwin).
- Aplicacion del grupo de tecnicas inmunohistoquimicas creado durante el proceso de tallado de las biopsias endoscopicas procedentes de mucosa gastrica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha logrado optimizar el tiempo de respuesta para los estudios de biopsias endoscopicas de origen gastrico en 1 dia. Esto debido a que las muestras ya llegan a la mesa del patologo con las tecnicas pertinentes ya realizadas y el diagnostico se realiza en su momento.
- Se ha incrementado la seguridad en el manejo de muestras endoscopicas procedentes de mucosa gastrica, esto debido al control y seguimiento que se hace de las mismas desde el mismo momento en que son recibidas en nuestro servicio y garantizando la realizacion de su estudio minucioso y preciso.
- Se ha estandarizado el procedimiento de inclusion macroscopica de las muestras endoscopicas procedentes de mucosa gastrica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Somos capaces de mejorar nuestras dinamicas de trabajo en el servicio de Anatomia Patologica.
- Hemos mejorado los tiempo de respuesta y somos mas eficientes en el manejo de las biopsias endoscopicas de mucosa gastrica.
- Garantizamos que el estudio anatomopatologico de las biopsias gastricas se realice en las mejores condiciones, incrementamos la seguridad en las muestras y asumimos el compromiso de mejorar de cara al paciente.
- Queremos extender este sistema a otro tipo de muestras, como por ejemplo colon o duodeno.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/722 ===== ***

Nº de registro: 0722

Título
ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE MUCOSA GASTRICA

Autores:
MARTA CARLO BRUNO, GABARRE ORUS MARIA PILAR, CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, ALCINA BERTOMEU ROBERTO, CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR, MARTIN HERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0722

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La biopsia endoscópica es el método por excelencia para el diagnóstico de patología gástrica inflamatoria-infecciosa, incluido los distintos tipos de cáncer que afectan el estómago. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y bien tolerado por las pacientes y permiten establecer un diagnóstico, el cual va a condicionar la actitud terapéutica posterior. La necesidad de iniciar el tratamiento lo antes posible una vez realizado el diagnóstico, esto último más importante en caso de tratarse de patología neoplásica, unido a la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de la biopsia, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe anatomopatológico. Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de Anatomía Patológica implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminución de los tiempos, control en el proceso pre-analítico y mejora en la eficiencia del diagnóstico de la biopsia endoscópica gástrica.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Implementación de pautas/protocolos de trabajo bien definidos y a su vez conocidos por todos los implicados, así como desarrollar mecanismos de previsión ante posibles incidencias.

MÉTODO

1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos y técnicos) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal implicado de las decisiones acordadas.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

INDICADORES

Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema de información de laboratorio actualmente en uso (Patwin). Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro, fecha de macroscópica, fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos, fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas y fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones pueden ser monitorizadas mediante el mecanismo de trazabilidad interno en conjunto con el sistema de información de laboratorio (LIS) Patwin.

DURACIÓN

1. Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
2. Fecha prevista de finalización: 1 de octubre de 2019.
3. Cronograma:
 - a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra, tallaje, inclusión en parafina, corte, tinción, entrega de cristales al patólogo, valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias, realización de técnicas complementarias, entrega de las mismas al patólogo, realización del diagnóstico, emisión del informe).
 - b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
 - c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
 - d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN):
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0722

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR EL TIEMPO DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS ENDOSCOPICAS DE LA MUCOSA GASTRICA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0726

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ANGELA CONTRERAS VAZQUEZ
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GABARRE ORUS MARIA PILAR
TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR
VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Notificación al comité de tumores de pulmón, acerca de la puesta en marcha del proyecto y de la necesidad de que se identifiquen las muestras sospechosas de patología oncológica pulmonar para poder discriminarlas del común de las muestras.
- Protocolizar la selección de muestras identificadas como sospechosas de neoplasia al ser recibidas en nuestro servicio y durante el registro de las mismas en el sistema informático.
- Diseño un protocolo de técnicas de inmunohistoquímica, que abarquen la mayor parte de neoplasias pulmonares, para su inclusión en el sistema informático de gestión del laboratorio y uso sistemático.
- Estandarizar la inclusión macroscópica a la brevedad posible y solicitud in situ de técnicas de inmunohistoquímica protocolizadas al momento del tallado macroscópico.
- Priorizar la confección de bloques de parafina, realización de cortes histológicos, tinción con hematoxilina eosina y técnicas de inmunohistoquímica a primera hora del día siguiente a su inclusión macroscópica.
- Entrega del caso clínico al día siguiente de su registro con cortes seriados de hematoxilina eosina y técnicas de inmunohistoquímica para su diagnóstico a la brevedad posible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Hemos logrado ganar 1,5 días en nuestra dinámica de trabajo, comparando los tiempos de laboratorio con respecto al sistema previo de trabajo.
- Se garantiza la trazabilidad y prioridad de las muestras sospechosas de patología oncológica de pulmón.
- Hemos abierto la ventana a poder realizar un diagnóstico preliminar, previo al estudio de inmunohistoquímica, debido a que la técnica de hematoxilina eosina esta lista al día siguiente de su recepción.
- Mediante el programa de gestión del laboratorio (Patwin) y el sistema de trazabilidad (Dakolink) logramos tener control de donde se encuentra cada biopsia y el tiempo transcurrido desde su recepción y cuando estará lista para su diagnóstico.
- Control de los tiempos de procesamiento en los distintos departamentos del laboratorio, permitiéndonos detectar fallos o aplicar ajustes pertinentes en caso de ocurrir algún retraso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha mejorado la mecánica de trabajo del laboratorio.
- Hemos logrado implicar al personal en la importancia de nuestro trabajo y los resultados que se generan de la correcta y pronta realización del mismo.
- Trabajamos mejor en equipo y tenemos mejor dinámica para lograr todos juntos el objetivo que nos trazamos.
- Nos gustaría aplicar esta dinámica de trabajo a todos los estudios con sospecha de neoplasia que se reciban en el laboratorio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/726 ===== ***

Nº de registro: 0726

Título
MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

Autores:
CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA, GABARRE ORUS MARIA PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR, VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0726

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La biopsia bronquial es el método por excelencia para el diagnóstico de las neoplasias pulmonares. Las muestras histológicas se obtienen por un procedimiento rápido, seguro y tolerado por las pacientes, que permitirán establecer un diagnóstico el cual va a condicionar la conducta terapéutica posterior. La necesidad de iniciar el ttº quirúrgico u oncológico lo antes posible una vez realizado el diagnóstico, obliga a tratar estas muestras de modo preferente. Es necesario un protocolo de manejo consensuado entre el patólogo y los técnicos de anatomía patológica. Por esta razón los técnicos la registran preferente, realizan el estudio macroscópico. En esta fase es necesaria la inclusión de los distintos fragmentos en bloques independientes, para rentabilizar el material existente de cara a futuras solicitudes de estudios moleculares. De manera rutinaria se realizan cortes sin teñir o se puede solicitar directamente en casos seleccionados las técnicas inmunohistoquímicas pertinentes. En el resto de casos se decide ya directamente una vez evaluada la tinción de Hematoxilina-Eosina (HE), con la ventaja de que ya no es necesario el nuevo desbastado del bloque para la obtención de los cristales. Para ello es imprescindible una absoluta coordinación de todo el personal del servicio de A.Pat. implicado en el proceso diagnóstico, estableciendo unas pautas de actuación detalladas, claras y precisas. Esto con la finalidad de mitigar la no desdeñable ansiedad que genera en las pacientes la espera del resultado de una biopsia de dichas características, nos obliga a reducir al máximo el intervalo de tiempo desde que se reciben las muestras en el laboratorio hasta que se emite el informe de A.Pat.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminución de los tiempos, control en el proceso pre-analítico y mejora en la eficiencia del diagnóstico de la biopsia bronquial sospechosa de neoplasia.
- Gestionar las muestras remitidas para poder disponer de material biológico en caso de ser solicitado la realización de estudios moleculares.
- Realización de estudios inmunohistoquímicos ya sea desde la inclusión de la pieza, o una vez revisada la HE por el patólogo.
- Responsabilidad y compromiso de todos y cada uno de los miembros implicados (patólogos, técnicos y administrativos) a nivel de su ámbito de trabajo.
- Implementación de pautas/protocolos de trabajo bien definidos y a su vez conocidos por todos los implicados, así como desarrollar mecanismos de previsión ante posibles incidencias.

MÉTODO

1. Reuniones periódicas de los miembros del grupo (facultativos, técnicos, administrativos, licenciados en enfermería, etc) para que todos y cada uno de ellos establezcan los puntos de mejora en los que estén involucrados por razón de su puesto de trabajo, con posterior coordinación de todas las actuaciones.
2. Información al resto del personal de salud implicado de las decisiones acordadas. Así como a los distintos comités médicos implicados en el diagnóstico de esta patología.
3. Implementación de las actuaciones a realizar bajo la supervisión del patólogo responsable del diagnóstico.
4. Valoración de los resultados obtenidos.

INDICADORES

Intervalo de tiempo desde que se registra la muestra en el servicio de Anatomía Patológica (fecha de registro) hasta que se emite el informe anatomopatológico (fecha de informado: el informe está disponible en la intranet). Esta valoración se realiza a través del sistema de información de laboratorio actualmente en uso (Patwin). Valoración de los tiempos intermedios: fecha de registro, fecha de macroscópica, fecha de entrega al patólogo de los cortes histológicos, fecha de entrega al patólogo de técnicas inmunohistoquímicas y fecha de emisión del informe anatomopatológico. Estas valoraciones pueden ser monitorizadas mediante el mecanismo de trazabilidad interno en conjunto con el sistema de información de laboratorio (LIS) Patwin. Encuesta a los servicios receptores de resultados de estudios acerca de la satisfacción con los tiempos de respuesta.

DURACIÓN

1. Fecha prevista de inicio: 1 de abril de 2019.
2. Fecha prevista de finalización: 1 de octubre de 2019.
3. Cronograma:
 - a) Reuniones periódicas durante los dos primeros meses para establecimiento de los tiempos máximos a invertir en cada uno de los procesos involucrados (recepción de la muestra, tallaje, inclusión en parafina, corte, tinción, entrega de cristales al patólogo,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0726

1. TÍTULO

MECANISMOS IMPLEMENTADOS PARA DISMINUIR LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL DIAGNOSTICO DE BIOPSIAS BRONQUIALES CON SOSPECHA DE NEOPLASIA

- valoración inicial y solicitud de técnicas complementarias, realización de técnicas complementarias, entrega de las mismas al patólogo, realización del diagnóstico, emisión del informe).
- b) Comunicación al resto del personal implicado en el proceso y puesta en marcha en el tercer mes.
- c) Valoración de resultados al final del quinto mes y corrección de incidencias y problemas detectados.
- d) Evaluación final al finalizar el sexto mes.
- e) Encuesta de satisfacción a los servicios implicados en los resultados de los estudios.

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 - 2019/1184

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLÓGICO QUE SALE DEL SERVICIO A LOS CENTROS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS MOLECULARES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MONTSERRAT VALLE LARREGOLA
· Profesión PERSONAL ADMINISTRATIVO
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ONCINS TORRES ROSA MARIA
MARTIN HERRERO JAVIER
ALCINA BERTOMEU ROBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP's y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1- Identificación de los servicios hospitalarios demandantes:

- Oncología
- Unidad de mama
- Digestivo
- Neumología

2- Se ha establecido el tipo de estudio M (molecular) con su respectiva etiqueta, así como el volcado de los resultados a historia clínica.

3- Se ha elaborado una hoja de cálculo informática con un diagrama de flujo, para el control de demora y devolución de los mismos.

Pruebas solicitadas:

- Prueba ALK, PDL1, EGFR: 34 casos con un tiempo de demora (8-20 días).
- Prueba BRAF, KRAS, NRAS: 21 casos con un tiempo de demora (7-21 días)
- Prueba CISH o FISH: 25 casos con un tiempo de demora (15-39 días)
- Prueba ONCOTYPE: 12 casos con un tiempo de demora (10-27 días)
- Pruebas varios: 14 casos con un tiempo de demora (5-26 días)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Control en cada momento de los estudios pendiente, recibidos y demora de repuesta.

Damos el proyecto por finalizado por alcanzarse todos los objetivos planteados al inicio

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1184 ===== ***

Nº de registro: 1184

Título
GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLÓGICO QUE SALE DEL SERVICIO A CENTROS DE REFERENCIA PARA ESTUDIOS MOLECULARES

Autores:
VALLE LARREGOLA MONTSERRAT, ONCINS TORRES ROSA MARIA, MARTIN HERRERO JAVIER, ALCINA BERTOMEU ROBERTO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: cáncer
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1184

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL BIOLÓGICO ANATOMOPATOLOGICO QUE SALE DEL SERVICIO A LOS CENTRO DE REFERENCIA PARA ESTUDIO MOLECULARES

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La creciente necesidad de realizar estudios moleculares que permitan establecer diagnósticos o tratamientos adecuados para cada paciente, ha conllevado un incremento en el número de muestras biológicas anatomopatológicas (bloques de tejido parafinado y secciones tisulares en portaobjetos) que salen de nuestro servicio hacia centros de referencia o laboratorios externos específicos (Hospital San Jorge de Huesca, Hospital Miguel Servet, Clínico Universitario Lozano Blesa, Estudio del ONCOTYPE, etc.) en los que se llevan a cabo dichos estudios. En otros casos se pide una segunda opinión/interconsulta o implica una cesión del material a petición del paciente o del medico tratante. El Servicio tiene el deber de custodiar las muestras de los pacientes y a la vez garantizar el acceso a estos estudios. En muchas ocasiones, ese material no se devuelve a nuestro servicio y, lo que es aún peor, no recibimos los resultados de esos estudios cuando es otro servicio el que gestiona la salida de ese material.

RESULTADOS ESPERADOS

El presente proyecto pretende organizar de manera racionalizada la salida del material biológico del Servicio de Anatomía Patológica, así como la devolución de ese material y la recepción del resultado emitido por el centro de referencia. Ello supone la implicación de los diferentes estamentos del servicio (facultativos, TEAP's y administrativos) y la necesaria colaboración de los servicios demandantes de las pruebas.

MÉTODO

Identificación de los servicios hospitalarios demandantes de estudios moleculares
Establecer una letra específica para el fichado de estudios moleculares o de consulta, en nuestro caso nos hemos decidido por la letra M. A su vez, se relaciona dicho estudio M al de la biopsia/citología primaria.
Creación de la etiqueta para salida de bloque y para entrada.
Elaboración de una hoja de cálculo informática que registre los estudios a realizar fuera de nuestro Hospital.
Elaboración de un diagrama de flujo de fácil interpretación
Participación activa de facultativos, Técnicos de anatomía patológica y citología (TEAPyC), licenciados en enfermería y administrativos del servicio.
Volcado de los resultados remitidos al fichero de estudios moleculares, para que a su vez se vean reflejados en la historia clínica.
Reclamación de bloques que sean devueltos después de un periodo de tiempo definido.

INDICADORES

Registro de los casos con material que sale fuera de nuestro servicio.
Registro de los casos en los que se produce la devolución del material.
Registro de recepción de los resultados obtenidos en las pruebas realizadas en los centros de referencia.
Registro de reclamaciones.

DURACIÓN

Hoja de Cálculo que registra la salida del material desde el primer día de implantación.
Diagrama de flujo disponible en un plazo de 3 meses desde la aprobación del Proyecto.
Recogida y análisis de los indicadores a los seis meses.
Emisión de informe de resultados al año de la aprobación del proyecto.

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 - 2019/1197

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE ROBERTO ALCINA BERTOMEU
· Profesión TECNICO DE ANATOMIA PATOLOGICA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANATOMIA PATOLOGICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVIERA GABARRE CARMEN
GABARRE ORUS MARIA PILAR
TORREGORSA GOMEZ MARIA DEL MAR
CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR
CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA
MARTIN HERRERO JAVIER
VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Se procedió a informar a los facultativos que forman parte del comité de tumores de digestivo, acerca de la puesta en práctica del proyecto y de la imperiosa necesidad de que identifiquen las muestras sospechosas de neoplasia colonica que se remiten al servicio para estudio anatomopatológico.
- Durante el proceso de registro de las muestras, se procede a identificar con rotulador fosforescente las peticiones de estudio de muestras sospechosas de mucosa colonica y se separan del bloque de peticiones generales.
- Una vez separados las peticiones, se procede a seleccionar los botes de las muestras correspondientes y se colocan en un espacio correctamente identificado para estudio preferente/expedito.
- Se realiza su inclusión para procesado, una vez cumplidos los tiempos de fijación, a la mayor brevedad posible y marcando en el programa de trazabilidad la casilla de biopsia preferente.
- Mediante el programa de gestión de trazabilidad se imprime una lista de trabajo de estudios preferentes previo al procesado de la muestra (confección del bloque de parafina, corte en microtomo, tinción y estudios inmunohistoquímicos protocolizados). Esto con la finalidad de a primera hora de la mañana, ubicar las muestras y agilizar su procesado para disminuir los tiempos del mismo.
- Una vez realizado el procesado expedito de las biopsias, se procede a entregarlas al patólogo para su valoración. Este una vez emitido el informe, procede a entregar una copia del mismo al encargado del comité de tumores de digestivo, para que se realice la difusión del mismo en el comité de tumores en la sesión más pronta disponible.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Se ha mejorado la trazabilidad y los tiempos de respuestas en la biopsias con sospecha de neoplasia colonica.
- Hemos disminuido los tiempos de respuesta en 1,5 días, con respecto a datos previos. Se ha logrado agilizar la inclusión mas pronta de las biopsias, a su vez hemos mejorado los tiempos de respuesta para estudios que requieran técnicas de inmunohistoquímica. Esto debido a que se identifican las muestras al momento de su registro y el patólogo puede según la sospecha solicitar directamente las técnicas y ganar tiempo.
- Se ha logrado garantizar la difusión en el comité de tumores de digestivo, de los estudios de neoplasia colonica. Actualmente los pacientes que se incorporan desde el servicio de anatomía patológica ya llevan su resultado implícito y permite que el comité sea más fluido y eficiente al momento de discutir casos/pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
- Hemos sido capaces de mejorar el servicio que prestamos a los pacientes con sospecha de patología oncológica.
- Se ha mejorado los tiempos de respuesta para el procesado de biopsias.
- Hemos aprendido a ser más eficientes y trabajar en equipo.
- Se ha mejorado la integración de los distintos departamentos del laboratorio, básicamente "ahora remamos todos juntos hacia una misma meta".
- Logramos sacar un mayor provecho al sistema de trazabilidad instalado en nuestro servicio, debido a que ahora nos aporta información más eficiente y que nos permite mejorar nuestros tiempos de respuesta.
- El comité de tumores de digestivo cuenta con un servicio de anatomía patológica que le otorga respuestas en tiempos idóneos y nos permite contar con su confianza en lo que hacemos.
- Queremos ampliar esta experiencia a otro tipo de biopsias con sospecha de neoplasia, como por ejemplo ginecológicas, ORL o Urológicas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1197 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1197

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

Nº de registro: 1197

Título
REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

Autores:
ALCINA BERTOMEU ROBERTO, CLAVERIA GABARRE CARMEN, GABARRE ORUS MARIA PILAR, TORREGROSA GOMEZ MARIA DEL MAR, CASTREÑO MARTIN MARIA DEL HENAR, CONTRERAS VAZQUEZ ANGELA, MARTIN HERRERO JAVIER, VALLE LARREGOLA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El diagnóstico de biopsias sospechosas de NC debe ser realizado en breve, con la finalidad de que estén a disposición del comité multidisciplinar de patología digestiva encargado de su ttº y a la vez de cara al paciente que espera dichos resultados.

Estas muestras actualmente siguen la vía normal de procesamiento junto con las otras biopsias realizadas por otras etiologías. Es a nivel clínico donde se debe definir la prioridad del estudio y se agilice su diagnóstico, aunado a esto muchas veces las biopsias precisan de estudio inmunohistoquímico, tema que puede alargar los tiempos de diagnóstico. En las hojas de solicitud de estudio anatomopatológico suelen colocar la palabra preferente ocasionalmente, si no es así, en recepción de muestras no se detectan y pasan desapercibidas en el tallaje, inclusión, corte y tinción, hasta que llegan a los despachos donde están entremezcladas con el resto de biopsias. Si pudiésemos diseñar un protocolo de identificación para que estas muestras, desde que se toman vía endoscópica, incluyesen un sistema de señalización en la hoja de solicitud que una vez identificada como sospechosa de neoplasia pueda ser trasladado a los bloques (por ejemplo bloques de un color distinto) y así dar una vía expedita durante todo el proceso (tallaje, corte, tinción hasta la entrega en los despachos de los patólogos) y de esta manera acortar los tiempos con respecto a otras biopsias.

Una vez realizado el diagnóstico neoplásico se facilita dicha información al responsable de su inclusión en el comité de tumores para su pronta discusión en el mismo. El mejorar estos pasos implicaría una toma de decisiones anticipadas y disminución de la demora respecto a la programación de:

- Estudios complementarios radiológicos, (TC, RMN, PET-TAC, etc.) para determinar el estadio.
- Valoración anestésica.
- Programación de cirugía
- Decisión de control o seguimiento por parte del servicio de cirugía u oncología.
- Una nueva biopsia en caso de que la muestra no sea representativa.

De esta forma aseguraríamos un diagnóstico precoz, manejo del paciente y ttº inmediato mucho más eficiente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir el tiempo de procesamiento hasta el diagnóstico definitivo de las biopsias NC.
- Facilitar la discusión de los estudios en el comité de tumores de digestivo de forma mas expedita, para disminuir el retraso en la valoración multidisciplinaria.

MÉTODO

- Informar y coordinar con el Sº Digestivo, específicamente con el personal que realiza las biopsias endoscópicas de colon, para la señalización de todas las muestras sospechosas de malignidad.
- Explicar y formar al técnico de recepción que tiene que detectar las muestras señalizadas.
- Informar a los patólogos de digestivo que se tienen que tallar las muestras señalizadas de forma preferente.
- Indicar a los técnicos que repartan las preparaciones y que se entreguen de forma inmediata tras la tinción y valoración.
- Reunir a los técnicos que se encargan del procesamiento, explicar que el bloque señalizado tiene que ser procesado de forma prioritaria.
- Aclarar y dar a conocer a los patólogos de la sección de digestivo la importancia de diagnosticar las biopsias lo antes posible e incluirlas de forma inmediata vía informática en el comité de tumores de digestivo.

INDICADORES

- Tiempo promedio de diagnóstico de biopsias de NC/Total de biopsias de NC diagnosticadas=Tiempo promedio por biopsia neoplásica diagnosticada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1197

1. TÍTULO

REGISTRO EXPEDITO, PROCESADO PREFERENTE, DIAGNOSTICO PRECOZ Y REFERENCIA AL COMITE DE TUMORES, DE LAS BIOPSIAS SOSPECHOSAS DE NEOPLASIA COLONICA (NC)

-Tº promedio de discusion de pacientes con diagnósticos NC/Total de pacientes con diagnósticos NC discutidos en el comité de tumores de digestivo = Tº promedio por paciente discutido en el comité de tumores de digestivo

Obtención de datos

Para saber los tºs a estudiar contamos con la información:

- En la hoja de solicitud de estudio anatomopatológico figura la fecha de registro.

- En el programa informático de A.Pat. (PAT-Win) se puede ver la fecha en que se realiza el diagnóstico definitivo.

- En las actas del programa del comité de tumores de digestivo también figura la fecha de apertura e inclusión del paciente.

- Estadística del comité de tumores de digestivo.

DURACIÓN

-El proyecto tendrá una duración mínima de siete meses, de los cuales el último mes se dispondrá exclusivamente para la obtención de datos y conclusiones.

- Fecha de inicio: 01/05/2019

- Fecha de finalización: 01/12/2019

- Previamente durante el mes de abril nos pondremos en contacto con el servicio de digestivo, de forma específica con el personal que realiza las endoscopías de colon, para solicitar la señalización de forma escrita "SOSPECHA DE NEOPLASIA" con letra clara y en mayúsculas, de muestras sospechosas de malignidad, en el anverso superior de la hoja de solicitud de estudio Anatomopatológico.

- Se organizará una reunión con los técnicos de anatomía patológica, licenciados en enfermería y personal administrativo implicados en todo el proceso, para informar y explicar el método de identificación y priorización de las muestras señalizadas.

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 - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

YUSTE ARA ALFREDO
CAMPO SIN ALICIA
ARCAS SANCHEZ ESTHER
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
IRICIBAR MIR LAURA
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Octubre 2016. Se realizó un parte de incidencia al Servicio de informática con las necesidades para este proyecto, estableciéndose un orden en las acciones.

-Octubre y noviembre 2016.

Se depuraron los archivos existentes en los dos ordenadores y se organizaron los documentos importantes en diferentes carpetas dándoles un nombre claro en relación a su contenido.

-Diciembre 2016.

El Servicio de Informática eliminó los programas inservibles y revisó la capacidad de los ordenadores, aumentando su memoria. También se creó una carpeta, llamada URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro. Se crearon accesos directos a dicha carpeta desde los dos ordenadores.

-Enero 2017. Se colocaron las carpetas válidas y ordenadas en la nueva carpeta creada en el servidor central del Hospital de Barbastro. Se cursó una petición de otro ordenador para la Unidad al Servicio de Informática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disponer de espacio privado en el ordenador, para guardar documentos importantes para el Servicio.

-Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.

-Disponer de los mismos archivos desde cualquier ordenador del Servicio.

- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores.

- Disponer de un tercer ordenador en el Servicio, desde mayo de 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de 3 ordenadores que sin ser nuevos están revisados aumentando al máximo su capacidad. El personal del Servicio puede acceder a los documentos necesarios para el trabajo, actualizados y ordenados desde cualquier ubicación, debido a que los 3 ordenadores disponen del acceso directo a la misma carpeta. Esto nos proporciona rapidez y seguridad. Además podemos trabajar en el mismo documento desde cualquier ordenador, lo que nos facilita los trabajos en común. También al tener el acceso a la carpeta de forma puntual no nos afecta que otras personas utilicen los ordenadores las 24 horas del día en ausencia del personal específico de la Unidad.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

El tener los documentos en el servidor nos proporciona tranquilidad ya que evita la pérdida de documentos importantes para el Servicio.

7. OBSERVACIONES.

En proyecto inicial se planteó el crear un acceso restringido solo para el personal del servicio, pero por consenso se decidió no poner contraseña específica para la carpeta común con el propósito de un acceso mas rápido.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/162 ===== ***

Nº de registro: 0162

Título

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DEL SERVICIO DE URPA Y CMA

Autores:

ESCOLANO HURTADO CARMEN, YUSTE ARA ALFREDO, CAMPO SIN ALICIA, ARCAS SANCHEZ ESTHER, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, IRICIBAR MIR LAURA, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: organizativo
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....: organizativo

PROBLEMA

Los servicios de URPA y CMA son dos partes dentro del bloque quirúrgico. Se componen de dos salas separadas, una con cinco camas para pacientes postquirúrgicos en la URPA y otra con cuatro camas y cuatro sillones para pacientes de cirugía ambulatoria en la CMA. Las características de estos Servicios son:

- Dos servicios separados físicamente que comparten documentos,
 - Dos servicios diferentes donde el personal se mueve de uno a otro según necesidades asistenciales.
 - Utilización de muchos documentos en papel que se imprimen desde los dos ordenadores existentes.
 - Servicio con horario de 8 a 15 horas, pero que permanece abierto 24 horas para urgencias con necesidad de acceso a los ordenadores.
 - Los ordenadores son antiguos con capacidad reducida.
 - Los ordenadores son utilizados por mucho personal en turno de mañanas tanto del servicio como de diferentes especialidades que trabajan en los quirófanos.
- Los problemas detectados se esquematizan de la siguiente manera:
- Los ordenadores son utilizados por personal del servicio y por mucho personal ajeno, lo que nos lleva a encontrar gran cantidad de archivos irrelevantes para nuestro servicio, normalmente en el escritorio pero en ocasiones dentro de las diferentes carpetas. El personal del Servicio teme que documentos importantes del servicio sean modificados o eliminados de forma involuntaria.
 - El personal del servicio URPA y CMA se mueve entre los 2 espacios de forma habitual, por ello se crean archivos duplicados en los dos ordenadores existentes con el objetivo de acceder desde las dos ubicaciones.
 - Cuando se esta trabajando en alguna modificación, proyecto, etc. el personal tiene que transportarlo en un dispositivo externo para llevarlo de un ordenador a otro, apareciendo en ocasiones duplicados de trabajos en diferentes fases de realización.
 - Los ordenadores son antiguos, con poca capacidad y están llenos de documentos inservibles.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disponer de espacio privado en el ordenador, con acceso restringido para el personal del Servicio URPA/CMA para guardar documentos importantes para el Servicio.
- Tener todos los documentos ordenados en carpetas de forma clara para poder acceder de forma rápida.
- Disponer de los mismos archivos desde los dos ordenadores.
- Poder hacer trabajos en común accediendo al documento desde cualquier ordenador del Servicio.
- Eliminar sobrecarga de documentos duplicados y/o inservibles en los ordenadores

MÉTODO

- Revisión exhaustiva por parte del personal del servicio de URPA y CMA de todos los archivos guardados en ambos ordenadores.
 - eliminar inservibles para el Servicio.
 - seleccionar documentos validos, clasificándolos en carpetas.
- Realizar parte al Servicio de informática para:
 - eliminación de programas inservibles y revisión de capacidad de los ordenadores.
- Creación de carpeta URPA/CMA en el servidor (ordenador central) del Hospital de Barbastro.
- Adjudicación de usuario y contraseña al personal de URPA/CMA para el acceso a dicha carpeta.
- Creación de accesos directos a carpeta URPA/CMA desde los dos ordenadores.
- Colocación de los archivos en la carpeta creada y organización de los documentos.

INDICADORES

- Claves de acceso
Que todo el personal de URPA y CMA disponga de clave de acceso para la carpeta del Servicio URPA/CMA, conozca como acceder y utilice la carpeta.

% personal del servicio de URPA + % personal del servicio de CMA que acceda a la carpeta del servidor URPA/CMA*100/ total de trabajadores del servicio URPA+ CMA.
Estandar: 100%

- Carpeta en el servidor llamada URPA/CMA.
Existencia de una carpeta en el ordenador central del Hospital de Barbastro llamada URPA/CMA.
Resultado esperado: Sí

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0162

1. TÍTULO

MEJORA EN LA ORGANIZACION, DISTRIBUCION Y ACCESO DEL MATERIAL DE TRABAJO EN LOS ORDENADORES DELSERVICIO DE URPA Y CMA

-Octubre.
Realización del parte de incidencias al Servicio de informática.
-Octubre y noviembre 2016.
Depuración de los archivos existentes en los dos ordenadores.
Organización de los archivos importantes en diferentes carpetas dándoles nombre claro de lo que contienen.
- Diciembre 2016.
Colocación de las carpetas seleccionadas en la nueva carpeta creada.
Adjudicación de claves de acceso para personal de URPA/CMA a dicha carpeta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA IRICIBAR MIR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CAMPO SIN ALICIA
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
ARCAS SANCHEZ ESTHER
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
ESCOLANO HURTADO CARMEN
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Contactamos con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. Recibiendo tanto su aprobación como interés e intención de colaborar.

Comprobamos con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Se revisó minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad.

Realizamos reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento.

Realizamos una guía con los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento y realizamos un póster para exponerlo en la unidad.

Dichas actividades fueron realizadas durante las fechas establecidas en el proyecto de mejora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras varias reuniones del equipo de mejora, se establecieron y normalizaron las Medidas de Control de aislamiento que se deben aplicar en cada caso concreto en nuestra unidad, asumiendo exclusivamente, los pacientes que precisen aislamiento de contacto.

Se colocó en la unidad un póster de "precauciones de aislamiento" elaborado por el servicio de medicina preventiva, también se puso a disposición de los trabajadores los carteles indicativos de aislamiento por contacto.

Realizamos dos reuniones con el personal sanitario de la unidad en las que se informó del procedimiento a seguir en estos casos.

En dichas reuniones se puso en conocimiento de los trabajadores las normas de actuación reflejadas en la guía y el póster de elaboración propia con el protocolo de aislamiento adaptado a nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Gracias al conocimiento de la guía de actuación y la correcta utilización del póster, se ha conseguido la unificación de criterios y el manejo adecuado de los pacientes que precisan aislamiento por contacto en nuestra unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/242 ===== ***

Nº de registro: 0242

Título
ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
IRICIBAR MIR LAURA, CAMPO SIN ALICIA, ARCAS SANCHEZ ESTHER, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades infecto-contagiosas (prevención)
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas en el medio hospitalario, tanto entre pacientes como entre pacientes y personal sanitario, ha motivado la consideración y puesta en marcha, en la mayoría de los hospitales, de una serie de medidas o precauciones para evitarlo. Nuestro hospital dispone de un protocolo de aislamientos cuya última actualización se ha realizado en 2016.

En nuestra unidad URPA (unidad de reanimación post-anestésica) atendemos a los pacientes ingresados en el hospital que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente, exceptuado a los que precisaran cuidados intensivos tras la operación (UCI), Entre los que se encuentran pacientes que precisan diferentes medidas de aislamiento.

Siguiendo el protocolo de nuestro hospital, encontramos en el apartado de control ambiental lo siguiente:

• Control ambiental, aislamiento transmisión por contacto y gotas
HABITACIÓN INDIVIDUAL. Si no se dispone de habitación individual y, siempre consultando previamente con el Servicio de Medicina Preventiva, se podrá hacer un aislamiento por cohortes.

• Control ambiental, aislamiento transmisión aérea

HABITACIÓN INDIVIDUAL.

- La puerta debe permanecer siempre CERRADA.
- La habitación debe tener presión negativa respecto al pasillo.
- La renovación de aire debe ser entre 6 y 12 recambios de aire por hora.
- La extracción de aire debe ser directamente al exterior, y si recircula debe colocarse un filtro HEPA antes de la incorporación al circuito general.

Teniendo en cuenta las características de la unidad que dispone de 5 boxes separados únicamente por biombos, un espacio físico reducido y la imposibilidad de disponer de una habitación individual, consideramos necesaria la adaptación de dicho protocolo a la unidad para poder llevar a cabo las medidas de protección y aislamiento lo más correctamente posible.

La elaboración de una guía de actuación, para la atención de este tipo de pacientes con unas normas claras, estandarizadas y conocidas por todo el personal, resultará de gran utilidad al personal y facilitará el correcto seguimiento del protocolo del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

En primer lugar los objetivos marcados por el protocolo del Hospital.

- o Prevenir la diseminación de microorganismos entre pacientes, personal sanitario, visitantes y equipos.
- o Proteger a los profesionales sanitarios de la exposición a microorganismos de fluidos corporales, sangre, aerosoles, excreciones, secreciones, agujas contaminadas u objetos cortantes.

Y como objetivos específicos:

- o Establecer y normalizar las medidas de control que se deben aplicar en cada caso concreto, en nuestra unidad.
- o Difundir entre el personal sanitario responsable del paciente en la unidad las actuaciones a seguir, en coordinación y con el asesoramiento del servicio de medicina preventiva.

MÉTODO

? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto y estudiar la viabilidad del mismo. A realizar coordinador proyecto de mejora.

? Comprobar con el servicio de medicina preventiva qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Miembros proyecto de mejora

? Revisar minuciosamente el protocolo del servicio de medicina preventiva entre todo el personal de enfermería de la unidad. Miembros proyecto de mejora.

? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los pacientes que requieran aislamiento. Miembros proyecto de mejora y servicio de medicina preventiva .

? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Miembros proyecto de mejora.

? Realizar póster para exponerlo en la unidad. Miembros proyecto de mejora.

INDICADORES

? Puesta en marcha de la guía de aislamientos en la unidad.

? Comprobar la existencia del póster en unidad .

? Actualización de la guía anualmente.

DURACIÓN

? Contactar con el servicio de medicina preventiva para explicar nuestro proyecto, estudiar la viabilidad del mismo y comprobar qué pacientes, según tipo de aislamiento, podemos atender en nuestra unidad. Primera semana de octubre.

? Revisar de forma minuciosa e individualmente el protocolo del servicio de medicina preventiva por todo el personal de enfermería de la unidad. Mes de octubre.

? Realizar reuniones para valorar la mejor ubicación y reorganización de la unidad para recibir a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0242

1. TÍTULO

ACTUACION EN LA URPA EN PACIENTES CON NECESIDADES DE AISLAMIENTO BASADO EN EL PROTOCOLO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

pacientes que requieran aislamiento. Primera reunión ultima semana de octubre, según presión asistencial.
? Registrar en forma de guía los pasos a seguir en nuestra unidad según tipo de aislamiento. Ultima semana de febrero.
? Realizar póster para exponerlo en la unidad. En la segunda quincena de marzo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA CONSTANZA ARANA LENIS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CARRASQUER PUYAL AURORA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
LATRE SASO CRISTINA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA
HIDALGO MENE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión cada dos semanas con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.
-Mayo a Julio 2018 hemos realizado una revisión detallada, sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente de los consentimientos informados
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos realizado la revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, regional y sedación, a nivel del hospital de Barbastro. Hemos presentado dicho documento en la reunión general de los jefes de servicio de Aragón para su revisión, aprobación y posterior implementación.
-Enero a Febrero 2018 hemos enviado el documento a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

-Hemos logrado un consenso con respecto al desarrollo del consentimiento anestésico informado y su unificación en el Hospital de Barbastro.
-Hemos llevado dicho documento a la reunión de los Jefes de Anestesiología y Reanimación donde ha sido discutido y revisado.
-Hemos enviado el documento final a revisión por el comité de historias clínicas del hospital de Barbastro y una vez autorizado hemos iniciado el trámite de colgar el consentimiento en la intranet de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-En este momento ya disponemos del Consentimiento Anestésico Informado elaborado según la normativa vigente en la legislación española, unificado y revisado por todos los jefes de Anestesia de Aragón.
-Está en curso la publicación del consentimiento unificado en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019
-Está pendiente la socialización del documento mediante la comunicación escrita con acuse de recibo a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2019
-Está pendiente la implementación del uso del consentimiento anestésico informado unificado.
Julio-Diciembre 2019
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/237 ===== ***

Nº de registro: 0237

Título
UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, GALLEGO FRANCO FRANCISCO JAVIER, HIDALGO MENE MARIA JESUS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA, SANCHEZ URIA LUCIANO VALENTIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0237

1. TÍTULO

UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE ANESTESIOLOGIA Y REANIMACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

ES LA LEY 14/1986, DE ABRIL, GENERAL DE SANIDAD, LA PRIMERA QUE HA REGULADO LA EXIGENCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DERIVA DE LA PROMULGACION DE LA CONSTITUCION ESPAÑOLA DE 1978. EN ESE MOMENTO CAMBIA LA CONDICION DEL PACIENTE DE PARA SER CONSIDERADO USUARIO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS, CON EL CONSECUENTE DERECHO A LA INFORMACION SANITARIA.
BAJO ESTE PRECEPTO ES DE SUMA IMPORTANCIA LA ACTUALIZACION Y UNIFICACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO ANESTESICO.

RESULTADOS ESPERADOS

UNA VEZ ACTUALIZADO Y UNIFICADO EL CONSENTIMIENTO ANESTESICO INFORMADO SERA PUBLICADO EN LA INTRANET DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SERA DE USO OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES A QUIENES SE LES VAYA A REALIZAR CUALQUIER PROCEDIMIENTO QUE REQUIERA ANESTESIA.

MÉTODO

Realizaremos los siguientes procedimientos
1-Revisión sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados
2-Revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación
3-Publicación del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro
4-Socialización del consentimiento anestésico unificado mediante comunicación a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro
5-Implementación del uso del consentimiento anestésico unificado

INDICADORES

1-Publicación, en la intranet del Hospital, del consentimiento e implementación de su uso. La evaluación de este indicador la realizaremos mediante la siguiente medición: N° de pacientes programados para intervenciones quirúrgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses después de la implementación del proyecto/N° pacientes programados para intervenciones quirúrgicas vistos en la consulta preanestésica en un periodo de 6 meses después de la implementación del proyecto que firmaron el consentimiento anestésico unificado X 100;

2-Verificación de la socialización del consentimiento anestésico unificado mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio mediante acuse de recibo

DURACIÓN

1-Revisión sistematizada de la legislación actual con respecto a la normativa vigente con respecto a los consentimientos informados. Mayo 2018
2-Revisión y unificación del consentimiento informado de los procedimientos de anestesia general, anestesia regional y sedación. Mayo 2018
3-Publicación del consentimiento informado unificado en la intranet del Hospital de Barbastro. Previa autorización por parte del comité de historias clínicas. Junio 2018
4-Socialización del consentimiento anestésico unificado mediante comunicación a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro. Junio 2018
5-Implementación del uso del consentimiento anestésico unificado. A partir de julio de 2018-Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREENESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 09/03/2019

2. RESPONSABLE AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
LATRE SASO CRISTINA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA
HUICI GERMAN ALBERTO
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Mayo 2018 a Febrero 2019. Hemos llevado a cabo una reunión semanal con el equipo de trabajo para el desarrollo de todas las fases del proyecto.
-Mayo a Agosto 2018 hemos realizado una revisión detallada del formulario actual de valoración pre anestésica
-Septiembre a Diciembre 2018 hemos solicitado la autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas del Hospital de Barbastro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Hemos logrado el desarrollo del formulario de valoración pre anestésica, previa revisión y discusión del documento basados en los formularios de otras instituciones hospitalarias del país.
-Hemos llevado dicho documento al Comité de Historias Clínicas del Hospital

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-En este momento ya disponemos del formulario de Valoración Pre anestésica del Hospital de Barbastro autorizado por el Comité de Historias Clínicas
-Está pendiente su publicación en la intranet del Hospital de Barbastro y en general de todos los hospitales de Aragón. Mayo 2019
-Está pendiente la finalización del proceso de informatización del formulario y su socialización mediante la comunicación escrita a todos los jefes de servicio del Hospital de Barbastro incluyendo el Departamento de enfermería. Diciembre 2019
-Está pendiente la implementación del formulario de valoración pre anestésica Julio-Diciembre 2019
-El importante retraso que ha presentado el desarrollo de nuestro proyecto obedece al intento de unificación del documento a nivel de Aragón.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/238 ===== ***

Nº de registro: 0238

Título
INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREENESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, CARRASQUER PUYAL AURORA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HUICI GERMAN ALBERTO, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUIRURGICAS
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La valoración preanestésica es el protocolo de estudio que permite la evaluación del estado físico y riesgo del paciente para establecer un plan anestésico de acuerdo con su análisis y, de ser posible, respetar la preferencia del paciente. Para realizar la valoración, según se indique, deberá contar con exámenes de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, pruebas de coagulación), Rx de tórax y electrocardiograma, que son estudios realizados al paciente antes de la administración de la anestesia, cuyos resultados deben quedar registrados en dicho documento, para evaluar el estado físico y riesgo al que estará expuesto. La informatización de la valoración preanestésica nos permitirá optimizar recursos, ahorrar tiempo, pero sobre todo nos permitirá dar una mejor calidad en la atención al paciente por cuanto la información de su historia clínica quedará plasmada con claridad y homogeneidad en la intranet del hospital para disposición de todo el que la necesite.

RESULTADOS ESPERADOS

1-Revisión, optimización e informatización del formulario de valoración preanestésica del Hospital de Barbastro y la implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento anestésico.

MÉTODO

1- Realizaremos una revisión detallada de los formularios de valoración preanestésica que se están utilizando actualmente en los diferentes servicios de Anestesiología y Reanimación del país con el fin de extraer la información que mejor se adapte a nuestros pacientes y procedimientos quirúrgicos y así lograr optimizar el formulario que utilizamos en este momento en el Hospital de Barbastro
2-Una vez desarrollado el formulario lo enviaremos al Comité de Historias Clínicas para la autorización de su implementación .
3-El proceso de informatización del documento lo realizaremos de la mano del departamento de Informática del Hospital de Barbastro quines se encuentran en este momento en el desarrollo de un software para tal fin.
4-La socialización del documento la realizaremos mediante comunicación escrita a los jefes de servicio del hospital, incluyendo el departamento de enfermería.
5-Para la implementación del uso del formulario solicitaremos al Departamento de Informática del Hospital de Barbastro una capacitación de los anestesiólogos y personal de enfermería de consulta externa en los temas informáticos relevantes para dicho fin.
Una vez terminada la capacitación iniciaremos el proceso de diligenciamiento de la valoración preanestésica en la intranet.
6-Realizaremos un primer análisis de datos recogidos
7-Divulgaremos los resultados obtenidos
8_Estableceremos planes de mejora

INDICADORES

-Porcentaje de pacientes cuya valoración preanestésica se realiza en el documento informatizado:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada}}{\text{Nº Total de pacientes vistos en la consulta preanestésica}} \times 100$$

$$\frac{\text{Nº de pacientes con valoración preanestésica informatizada}}{\text{Nº Total de pacientes vistos mediante hoja de consulta}} \times 100$$

-Porcentaje de pacientes con la valoración preanestésica informatizada perfectamente cumplimentada

- Verificación de la socialización del documento mediante acuse de recibo de las comunicaciones enviadas a los diferentes jefes de servicio y departamento de enfermería del hospital.

DURACIÓN

1-Revisión y optimización del formulario actual de la valoración preanestésica. Mayo 2018
2-Autorización de la implementación del formulario por parte del comité de Historias Clínicas. Junio 2018
3-Proceso de informatización del documento. Julio-Octubre 2018
4-Socialización del documento. Noviembre 2018
5-Implementación de su uso en todos los pacientes que van a ser sometidos a un procedimiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0238

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LA HOJA DE VALORACION PREANESTESICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

anestésico.Diciembre 2018-Mayo 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE YOLANDA PUEYO VICENTE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

COSTA BRUALLA CRISTINA
PARDENILLA VIÑUALES EMMA
CARRERA ALEGRE ANA JOVITA
BALLARIN BUISAN MARIA JOSE
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN
BELLOSTA PUEYO MERCEDES
ABAD SANZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión del carro de intubación dificultosa junto con el Jefe de Servicio de Anestesia, se ha retirado el material más obsoleto y se ha añadido material más novedoso. Consensuado y aprobado en el servicio de quirófano.

Se ha reestructurado la hoja del listado del material que contiene el carro, para que se revise diariamente por el personal de enfermería.

Se ha realizado una sesión informativa del personal de enfermería de quirófano y de la UCI. Se ha informado de la actualización del carro de intubación dificultosa (contenido actual y su distribución). También en la misma sesión se ha explicado el funcionamiento y manejo de los nuevos dispositivos ante una intubación dificultosa, dejando a disposición de todos los trabajadores de quirófano un archivo informático que detalla lo explicado en dicha sesión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la sesión informativa realizada y pasado un periodo de tiempo prudencial, nuestros compañeros del servicio nos han explicado que les ha sido muy beneficioso a la hora de llevar a cabo estas técnicas.

El registro de la hoja del listado del material se hace diariamente de manera correcta.

Nº sesiones: 1

Nº asistentes: 32

Hojas impresas de revisión: si

Hojas impresas del listado del material: si

Hojas de registro de intubaciones: si

Nº intubaciones (mayo - diciembre 2018):17

Nº intubaciones exitosas/Nº intubaciones con fibroscopio total: 16/17

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El conjunto del equipo de este proyecto de mejora estamos muy satisfechas con la nueva organización del carro de intubación dificultosa; ya que nos facilita nuestra correcta actuación ante situaciones que conllevan un riesgo vital para el paciente con intubación dificultosa.

La sesión informativa ha sido muy útil tanto para el personal quirúrgico habitual como para el de nueva incorporación, ya que facilita la estandarización de las actividades de enfermería necesarias para una correcta intubación dificultosa del paciente, minimizando riesgos indeseables.

El proyecto esta finalizado sin nada pendiente

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/892 ===== ***

Nº de registro: 0892

Título
MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, PARDENILLA VIÑUALES EMMA, CARRERA ALEGRE ANA JOVITA, BALLARIN BUISAN MARIA JOSE, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, BELLOSTA PUEYO MERCEDES, ABAD SANZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0892

1. TÍTULO

MEJORA DE LA ACTUACION EN EL PACIENTE CON INTUBACION DIFICULTOSA DEL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes con vía aérea dificultosa
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el servicio de quirófano del hospital de Barbastro tratamos pacientes que presentan dificultades del abordaje de la vía aérea. Para ello disponemos de un carro de intubación dificultosa provisto de materiales y accesorios indispensables para realizar una exitosa intubación. Debido a la elevada oferta de nuevos materiales en el mercado, este carro ha sufrido cambios recientemente, por lo que pensamos que es fundamental actualizar su contenido y que todo el personal lo conozca, ya que se utiliza para la intubación dificultosa de los pacientes descritos anteriormente, para intervenciones quirúrgicas en pacientes con patologías más graves, que anteriormente se derivaban a otros hospitales por no disponer de UCI, y también se utiliza en el servicio de UCI.

Ante estas evidencias pensamos que es necesario la actualización, reestructuración y mejora del carro de intubación dificultosa que existe en la unidad, a la vez que unificar la actuación ante estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Estandarización y unificación de la actuación en pacientes con intubación dificultosa.
2. Reestructurar y organizar el carro de intubación dificultosa, adecuándolo al material nuevo.
3. Divulgación de los nuevos cambios al personal del servicio de quirófano.

MÉTODO

1. Se añadirá el material nuevo al carro de intubación dificultosa y se retirará el que ha quedado obsoleto.
2. Imprimir hojas nuevas de reposición y revisión del contenido del carro.
3. Sesión formativa al personal de quirófano y UCI de los nuevos cambios y las actuaciones a seguir.

INDICADORES

- N° de sesiones:
- N° de asistentes:
- Hojas impresas de contenido y revisión (si/no)
- Listado del material del carro (si/no)
- Hoja de registro de intubación con fibroscopio e incidencias
- N° intubaciones con fibroscopio
- N° intubaciones con fibroscopio exitosas / n° intubaciones con fibroscopio total.

DURACIÓN

- Reestructuración y organización del carro: noviembre 2018
- Imprimir hojas de contenido y revisión: noviembre 2018
- Realizar sesiones: enero - febrero 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 - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2°C) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1088 ===== ***

Nº de registro: 1088

Título
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipotermia (temperatura < 36 °C) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardíacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36°

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal: Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

MÉTODO

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

INDICADORES

La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin. Los indicadores de medida serán:
1. Personal sanitario disponible para realizar la actividad. Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material. Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles. Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3. Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato. Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados. Estandar: SI
4. Formación del personal de la URPA/CMA. Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5. Aplicación del protocolo de recuperación térmica. Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo. Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6. Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36°C. Estandar: > 50%
7. Recuperación de temperatura. Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica. Estandar: = 80%
8. Pacientes con normotermia al alta en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37°C al alta en URPA/CMA. Estandar: = 80%
9. Confort térmico. Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort térmico. Estandar: = 80%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

DURACIÓN

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades, junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio, junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida, junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida, octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario. junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación, septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo, octubre
Recogida de datos postintervención, noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria, enero-febrero

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 - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- De mayo del 2018 a febrero del 2019. Se realizó 1 reunión semanal con el equipo de trabajo para la organización y realización de todas las fases del proyecto.
- Mayo. Se diseñó la hoja de recogida de datos y se establecieron las pautas para la recogida.
- Junio. Se recogieron datos durante un mes para conocer situación de partida.
- Julio. Se realizó el análisis de los datos (estudio descriptivo, 175 casos con 19 variables recogidas).
- Septiembre y octubre. Según resultados del estudio y búsqueda de evidencia, se realizó un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos.
- Octubre. Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- De octubre-diciembre. Se realizó la formación del equipo en las actuaciones del protocolo y se puso en marcha. Se recogieron datos postintervención, durante 2 meses (382 casos).
- Diciembre. Se realizó el análisis del estudio pre-post con 557 casos.
- Enero 2019. Elaboración de las conclusiones.
- Febrero 2019. Realización de la memoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocer la situación de partida (análisis descriptivo de 19 variables): prevalencia de hipotermia al ingreso en la URPA/CMA (74%), recuperación de la normotermia (temperatura corporal axilar entre 36-37.2°C) al alta de la URPA/CMA (71.8%), grado de confort térmico al alta (87.7%), no existencia de frío al alta (96%).
- Realización de un protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en los pacientes postquirúrgicos según el modelo establecido por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro.
- Medición de los indicadores del protocolo: existencia del material necesario (mantas convencionales, 4 calefactores y mantas desechables, 2 termómetros de medición precisa de temperatura corporal), el 100% del personal fijo de plantilla está formado en las actuaciones del protocolo de recuperación térmica y lo lleva a cabo, el 81.3% de los pacientes son dados de alta en la unidad de URPA/CMA con normotermia, el 98.7% de los pacientes al alta tiene un grado de confort térmico bueno y el 98.4% de los pacientes no tiene frío al alta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación de recuperación de la hipotermia en pacientes postquirúrgicos, del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.
El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1088 ===== ***

Nº de registro: 1088

Título
MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Autores:
ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes postquirurgicos
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La hipotermia (temperatura < 36 °C) durante la fase intra-operatoria tiene una incidencia superior al 60%. Las complicaciones más importantes de la hipotermia son: aumento de los eventos cardiacos mórbidos, aumento de la infección quirúrgica, estancia hospitalaria prolongada, y aumento significativo del sangrado quirúrgico. El mantenimiento de la normotermia en el periodo perioperatorio mejora el confort del paciente y disminuye las complicaciones. En el Servicio de URPA/CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), se observa que los pacientes refieren haber pasado frío en quirófano y/o continúan teniéndolo al ingreso en URPA/CMA. Se toma la temperatura axilar al ingreso y se coloca manta convencional. En la mayoría de las ocasiones el paciente queda conforme, pero la temperatura no siempre llega a valores normales. La medición y recuperación de la temperatura corporal de los pacientes no está protocolizada, por ello, en ocasiones los pacientes no llegan a recuperar la normotermia y aunque debería ser criterio de alta en URPA, en ocasiones, son dados de alta con temperaturas inferiores a 36°

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana: Pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA/CMA
Objetivo principal: Obtener confort térmico en el periodo postoperatorio inmediato. Objetivos secundarios: Determinar la incidencia de hipotermia postoperatoria. Medir la normotermia al final del periodo postoperatorio inmediato. Protocolizar acciones encaminadas a recuperación de la temperatura corporal

MÉTODO

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida
Recogida de datos previos para conocer situación de partida
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario
Realizar protocolo de actuación para la recuperación de la temperatura corporal en el paciente intervenido quirúrgicamente
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
Recogida de datos postintervención
La finalidad de este proyecto es mantener en todo momento el confort térmico de los pacientes consiguiendo la recuperación de la temperatura corporal de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en un espacio breve de tiempo.

INDICADORES

La fuente de información serán los registros de la temperatura corporal de los pacientes al ingreso y alta de la URPA/CMA y como método de evaluación se utilizara un test de satisfacción de confort térmico.
Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en los Servicios de URPA/CMA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin. Los indicadores de medida serán:
1. Personal sanitario disponible para realizar la actividad. Indicador: % trabajadores URPA/CMA disponibles para realizar la actividad. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
2. Disponibilidad material. Indicador: % calefactores, mantas desechables, mantas convencionales y termómetros disponibles. Estandar: No menos de 4 calefactores y 2 termómetros.
3. Protocolo de recuperación térmica en el postoperatorio inmediato. Indicador: Existencia de protocolo validado para recuperación de temperatura corporal en los pacientes postoperados. Estandar: SI
4. Formación del personal de la URPA/CMA. Indicador: % de trabajadores en URPA/CMA formado en el protocolo de recuperación térmica. Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE
5. Aplicación del protocolo de recuperación térmica. Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo. Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras y TCAE que ha sido formada.
6. Pacientes hipotérmicos al ingreso en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal axilar < 36°C. Estandar: > 50%
7. Recuperación de temperatura. Indicador: % pacientes que recuperan la temperatura corporal previa a intervención quirúrgica. Estandar: = 80%
8. Pacientes con normotermia al alta en URPA/CMA. Indicador: % pacientes con temperatura corporal 36-37°C al alta en URPA/CMA. Estandar: = 80%
9. Confort térmico. Indicador: % pacientes que están satisfechos o muy satisfechos en un test de confort

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1088

1. TÍTULO

MEJORA EN LA RECUPERACION DE LA TEMPERATURA CORPORAL DE LOS PACIENTES EN EL POSTQUIRURGICO INMEDIATO

térmico.Estandar: = 80%

DURACIÓN

Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades,junio-febrero
Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio,junio-febrero
Diseñar hoja de recogida de datos y establecer protocolo de recogida,junio
Recogida de datos previos para conocer situación de partida,octubre
Rediseñar y/o añadir indicadores de medida si fuese necesario.junio-septiembre
Realizar protocolo de actuación,septiembre-octubre
Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo,octubre
Recogida de datos postintervención,noviembre-diciembre
Análisis y elaboración de la memoria,enero-febrero

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 - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 16/01/2019

2. RESPONSABLE SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS

- Profesión ENFERMERO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
MINGUILLON ARANDA LUIS
PUY FORADADA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
 - o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
 - o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
 - o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
 - o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
 - o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
 - o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
 - o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.
- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
 - o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
 - o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
 - o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
 - o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
 - o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
 - o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
 - o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
 - o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
 - o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
 - o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
 - o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
 - o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
 - o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.
- Diciembre
 - o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
 - o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
 - o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
 - o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
 - o Reposas-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
 - o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
 - o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
 - o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.

- o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
- o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
- o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRL., en cuanto a espacio físico, iluminación óptima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos.
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1403 ===== ***

Nº de registro: 1403

Título
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Población diana

- Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA

Objetivo principal

- Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo

Objetivos secundarios

- Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA

- Establecer una adecuada planificación preventiva

MÉTODO

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA

- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes

- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de

riesgos

- Ejecutar las medidas preventivas

- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

INDICADORES

- Proceso

o Criterio: Evaluación de riesgos

Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO

Estandar: SI

o Criterio: medida de prevención seleccionada

Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO

Estandar: SI

- Resultado

o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo

Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28

febrero2019

Estandar: 0

DURACIÓN

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)

- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)

- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de

riesgos (junio)

- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)

- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)

- Elaboración de la 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 - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA
PASCUAL GABARRE MARIA JESUS
MINGUILLON ARANDA LUIS
PUY FORADADA JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Junio. Se programó una visita al Servicio de URPA/CMA para la evaluación de riesgos laborales por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.) y los delegados de prevención del Sector Barbastro.
- Julio (3/07/2018) se realiza la primera visita al Servicio.
- Agosto. Se recibe el informe de evaluación de riesgos laborales en el Servicio de URPA/CMA y se procede a su lectura por parte de todos los trabajadores.
- Septiembre y octubre se realizan 4 reuniones del personal con la supervisora del Servicio de URPA/CMA, para establecer listado de las medidas preventivas, según frecuencia y prioridad, siempre siguiendo el informe de evaluación de la Unidad de PP.RR.
- Noviembre. Se consensuaron cambios con la Unidad RR.LL, Supervisora del Servicio y Dirección de enfermería. Se comenzó con los cambios realizables por el personal del servicio: Eliminar innecesarios, reagrupar lo necesario y liberar zonas de paso.
 - o Se ha reorganizado el Servicio para quitar los objetos colocados en las estanterías superiores.
 - o Se ha disminuido el stockage en farmacia y almacén.
 - o Se ha aumentado la frecuencia de los pedidos tanto de farmacia como de material de almacén.
 - o Se ha colocado de forma adecuada los cables de los 5 boxes en la URPA, 4 boxes en las camas de CMA y los de los 5 boxes en los sillones de la CMA.
 - o Se eliminaron 1 carro de lencería en la CMA y 2 carros antiguos de curas.
 - o Se eliminó carro antiguo y mesa de curas en la URPA.
 - o Se modificó la posición de las camas en la CMA para ampliar la zona de paso.
- Noviembre. Visita del responsable del Servicio de mantenimiento, Supervisora de RRMM y responsable de RR.LL. para estudiar y planificar las adaptaciones más adecuadas para el Servicio y para el personal.
 - o Proporcionar carros de enfermería adecuados a las necesidades del servicio.
 - o Disponer de material seguro para acceder a zonas altas. Escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Cambiar taburetes por otros adecuados en cuanto a estabilidad.
 - o Cambio o adaptación de mesas de trabajo en URPA y en la CMA por otras con profundidad adecuada para el trabajo.
 - o Proporcionar apoya pies en las mesas de trabajo (3).
 - o Proporcionar termómetro ambiental de temperatura y humedad para el control del ambiente de trabajo.
 - o Cambio de extintores, uno en URPA y otro en CMA.
 - o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
 - o Se estudiará con el servicio de mantenimiento la forma más óptima de colocación de los enchufes y cables para las estufas de aire convectivo.
 - o Señalizar los topes en el suelo para las camas de la CMA.
 - o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
 - o Colocar ventana en puerta antiincendios de zona de sucio.
 - o Colocar aviso en el suelo de puerta de entrada principal que se abre de forma automática hacia adentro.
 - o Retirar soporte horizontal en los boxes de la URPA para evitar golpes en la cabeza del personal y reubicar los soportes para los palos de gotero y luces auxiliares.
- Diciembre
 - o Se dispone de carro de enfermería adecuado para la CMA y otro para la URPA.
 - o Se dispone de 2 escaleras estables de 2 y 3 peldaños.
 - o Se sustituyen 1 taburete por otro adecuado.
 - o Se dispones de 2 termómetros de medición de temperatura ambiente y humedad para la URPA y CMA.
 - o Se ha modificado la posición de los soportes horizontales de los 5 boxes y se ha reubicado los palos de gotero
- Enero
 - o Reposo-pies para las mesas de trabajo están solicitados en espera de recibirlos.
 - o Cambio de extintores pendiente por el Servicio de RRLL.
 - o Ante la imposibilidad de sustituir las estufas de aire convectivo por otras sin cable, se decidió la señalización del cable con color destacado.
 - o Señalización de topes en el suelo para las camas de la CMA y aviso de peligro en la puerta de entrada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

principal está en proceso de colocación.

- o Sujeción a la pared de las estanterías del almacén.
- o Eliminar estantería innecesaria en zona de limpio para colocar allí el cubo de basura y así poder despejar la zona de paso de esa zona.
- o En espera de la colocación de la ventana en puerta antiincendios de zona de sucio por el Servicio de mantenimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Existencia de informe de evaluación del Servicio por la unidad básica de prevención de riesgos laborales (RR.LL.).
- Se ha conseguido un aumento de espacio libre en el Servicio y liberación de obstáculos en las zonas de paso, mediante la eliminación de innecesarios y la ordenación de lo necesario.
- Se ha adaptado el Servicio según los riesgos detectados en el informe de RRL.L., en cuanto a espacio físico, iluminación óptima, mesas de trabajo, ordenadores adecuados, sillas adaptadas, apoya-pies en las mesas de trabajo, temperatura y humedad del ambiente, posibles caídas de estanterías y objetos
- Se dispone de herramientas de trabajo seguras, carros de trabajo adecuados, taburetes y escaleras estables.
- Se dispone de libro de registro de accidentes menores en el Servicio de URPA/CMA. Se han registrado 10 accidentes en el año 2018, 2 de ellos se notificaron al Servicio de RRL.L.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se han conseguido todos los cambios posibles, aportados por el equipo de trabajo tanto a nivel sanitario como de mantenimiento, pero quedan pendientes los de tipo estructural, imposibles de realizar y de tipo económico, siendo imposible en este momento, como el cambio de mesas de trabajo, hasta que se disponga de presupuesto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1403 ===== ***

Nº de registro: 1403

Título
EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCION DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, IRIGARAY SIERRA CLARA TERESA, PASCUAL GABARRE MARIA JESUS, MINGUILLON ARANDA LUIS, PUY FORADADA JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de URPA/CMA se vienen produciendo accidentes en los trabajadores sanitarios, golpes, pellizcos, atropello de pies. También lesiones tipo contracturas musculares. En este Servicio el personal recibe a los pacientes en camilla procedentes del quirófano tras una intervención quirúrgica en estado de postanestesia

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1403

1. TÍTULO

EVALUACION DE LOS RIESGOS Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES EN LOS PUESTOS DE TRABAJO DEL PERSONAL SANITARIO EN EL SERVICIO DE URPA/CMA

inmediata, por ello el traslado de los pacientes camilla- cama, debe ser rápido y sin posibilidad de colaboración por parte del paciente, la rapidez es primordial. El trabajar rápido y la no adecuación del mobiliario repercute en los accidentes. El personal sanitario accidentado rara vez coge baja laboral, pero le ocasiona dolor y golpes sobre todo en brazos, frente y cabeza y dedos de los pies.
La seguridad de los trabajadores debería ser un asunto relevante a estudiar y prevenir en todas las empresas

RESULTADOS ESPERADOS

- Población diana
 - Personal sanitario trabajador del servicio de URPA/CMA
- Objetivo principal
 - Prevenir los accidentes en el puesto de trabajo
- Objetivos secundarios
 - Conocer los riesgos más relevantes de los trabajadores del servicio URPA/CMA
 - Establecer una adecuada planificación preventiva

MÉTODO

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos
- Ejecutar las medidas preventivas
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad

INDICADORES

- Proceso
 - o Criterio: Evaluación de riesgos
- Indicador: Existencia de una evolución de riesgos laborales del servicio URPA/CMA. La medida sería SI/NO
- Estandar: SI
 - o Criterio: medida de prevención seleccionada
- Indicador: Realización de la medida de prevención elegida. Medida SI/NO
- Estandar: SI

- Resultado
 - o Criterio: Personal sanitario del servicio URPA/CMA que presentan accidente de trabajo
- Indicador: % trabajadores URPA/CMA que sufren accidente de trabajo en el periodo de tiempo de octubre 2018 a 28 febrero 2019
- Estandar: 0

DURACIÓN

- Realizar una identificación de los riesgos del Servicio de URPA/CMA (junio)
- Evaluar los riesgos y seleccionar los más frecuentes (junio)
- Elaborar la planificación de actividades preventivas a partir de los resultados de la evaluación de riesgos (junio)
- Efectuar los adecuados controles periódicos (agosto-septiembre)
- Realizar un seguimiento de la evolución de la accidentalidad (octubre-febrero)
- Elaboración 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 - 2019/0369

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

Fecha de entrada: 22/12/2019

2. RESPONSABLE NEKANE URRESTARAZU ESPORRIN

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
LATRE SASO CRISTINA
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ
CARRASQUER PUYAL AURORA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Diseño de la "Hoja de CPPD" para registro y recogida de casos de cefalea post punción dural producida en pacientes a las que se ha realizado una técnica epidural para trabajo de parto
- Seguimiento diario de las pacientes y recogida de datos acerca del tratamiento que se ha aplicado así como complicaciones que se han podido presentar
- Archivo y estudio de los datos recogidos mediante las "Hojas de CPPD"
- Creación de un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente para unificar el tratamiento prescrito

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han registrado un total de tres pacientes que han presentado clínica de cefalea compatible con cefalea post punción dural. Las tres pacientes presentaron clínica de cefalea tras la realización de una técnica anestésica epidural para trabajo de parto. En una de ellas la punción dural fue advertida, y en las otras dos se trató de una punción dural inadvertida.

Se han recogido los siguientes datos en la Hoja de CPPD de forma diaria durante el ingreso hospitalario de las pacientes:

- Datos identificativos de la paciente
- Fecha de realización de la técnica anestésica epidural
- Inicio de la sintomatología y duración en días de la misma
- Medición del dolor mediante la escala EVA en decúbito supino y en sedestación
- Sintomatología acompañante: fotofobia, tinnitus, náuseas, vómitos, rigidez nucal o focalidad neurológica
- Registro de aparición de complicaciones así como necesidad de pruebas complementarias (TAC o RMN)
- Tratamiento analgésico establecido así como registro de la necesidad de analgesia de rescate, y técnicas invasivas en caso de que precisara (parche hemático)
- Registro del inicio de la deambulacion
- Necesidad de técnicas invasivas (parche hemático)

En las tres pacientes el inicio de la cefalea se produjo en las primeras 24 horas tras la realización de la técnica anestésica epidural. En la paciente con punción dural advertida, se inició durante el mismo proceso expulsivo del parto.

La duración de la cefalea fue de 5 a 7 días, motivo por el cual se alargó su estancia hospitalaria. El EVA registrado en las tres pacientes durante el primer día fue de 4-6 en decúbito supino y de 7-9 adoptando posición de sedestación o bipedestación. El EVA fue disminuyendo de forma progresiva salvo en una de las pacientes que no presentó mejoría hasta una vez realizado un parche hemático. La clínica predominante asociada fue fotofobia y rigidez nucal pero sin focalidad neurológica acompañante.

En una de las pacientes se realizó como prueba complementaria una RMN cerebral para descartar complicaciones mayores debido a la falta de mejoría de la cefalea tras 3 días de tratamiento analgésico y corticoideo establecido, motivo por el que como ya se ha comentado previamente, se realizó un parche hemático como medida terapéutica final.

Todas las pacientes fueron dadas de alta a domicilio con un EVA de 1-2 tras haber iniciado la deambulacion y sin haber sufrido complicaciones.

Así mismo se ha elaborado un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente existente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La CPPD es una complicación derivada de las técnicas neuroaxiales, cuya incidencia y gravedad de la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0369

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

sintomatología aumenta en las pacientes obstétricas, llegando a ser invalidante y prolongando el periodo de ingreso hospitalario. Por este motivo se ha realizado un seguimiento diario de las pacientes con sospecha de CPPD, estableciendo un tratamiento analgésico adecuado. Creemos necesario continuar registrando este tipo de complicación para ofrecer un adecuado control del dolor y evaluar la aplicación del nuevo protocolo establecido por el Servicio de Anestesiología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/369 ===== ***

Nº de registro: 0369

Título
SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

Autores:
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, LATRE SASO CRISTINA, ABAD SAND MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, BOLEA TOLOSANA SIRIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que presenten CPPD
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La cefalea postpunción dural (CPPD) es un cuadro clínico que se presenta tras la punción de la duramadre al realizar una técnica anestésica neuroaxial (intradural o epidural), siendo a su vez la complicación más frecuente asociada a la colocación de un catéter epidural.
En la mayoría de los casos se trata de una cefalea de carácter benigno y autolimitada, pero en ocasiones puede ser incapacitante y asociarse a complicaciones graves, por lo que es de vital importancia un temprano y correcto diagnóstico así como un tratamiento de la misma en el caso de que exista la sospecha clínica.
Se propone la realización de este proyecto para evaluar y registrar la incidencia que existe en nuestro centro de CPPD, realizar un seguimiento de los pacientes afectados y crear un protocolo de prevención y tratamiento de la misma.

RESULTADOS ESPERADOS
-Identificar y registrar el número de casos de CPPD que se producen en nuestro centro
-Identificar la técnica relacionada (intradural o epidural, sobre todo en Obstetricia)
-Realizar un control y seguimiento exhaustivo de los pacientes afectados mediante la recogida de datos a través de la "Hoja de CPPD"
-Estandarizar y protocolizar el tratamiento profiláctico, el tratamiento analgésico conservador y la terapia intervencionista en el caso de que fuera necesaria
-Comparar los datos obtenidos con la casuística habitual

MÉTODO
-Diseño de la "Hoja de CPPD" para iniciar la recogida de datos
-Estandarización y creación de un protocolo de profilaxis y tratamiento de la CPPD basado en la bibliografía reciente para unificar el tratamiento prescrito
-Control diario de los síntomas así como signos de alarma y cambios en la medicación establecida o medidas terapéuticas adicionales como el parche hemático
-Archivo y estudio de los datos recogidos mediante las "Hojas de CPPD"

INDICADORES
Datos que se deberán incluir en la "Hoja de CPPD":
-Datos identificativos del paciente
-Fecha de la técnica neuroaxial y fecha de inicio de la CPPD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0369

1. TÍTULO

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE CEFALEA POSTPUNCION DURAL TRAS COLOCACION DE CATETER EPIDURAL

- Tipo de cirugía realizada y técnica anestésica relacionada con la CPPD
- Medición del dolor de la cefalea mediante la escala EVA y características de la misma día a día
- Otros síntomas asociados: Rigidez de cuello, tinnitus, hipoacusia, náuseas o vómitos, fotofobia
- Focalidad neurológica si la hubiera
- Registro de aparición de complicaciones así como necesidad de pruebas complementarias (TAC o RMN)
- Tratamiento analgésico establecido así como registro de la necesidad de analgesia de rescate, y técnicas invasivas en caso de que precisara (parche hemático)
- Necesidad de reposo absoluto
- Registro del inicio de deambulacion
- Duración en días de la sintomatología de la CPPD

Análisis de datos obtenidos

DURACIÓN

- Inicio de recogida de datos desde la aprobación del proyecto durante un año y análisis de los datos obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

- MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN
- DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN
- MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS
- GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .
- ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0376

1. TÍTULO

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA LATRE SASO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
QUITO RAMOS HERIKA MIRIAM
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El protocolo se puso en marcha en el mes de Febrero de 2019 y se ha aplicado a todos los pacientes sometidos a PTR, PTC y Fractura de cadera que no presentasen ningún criterio de exclusión. Siguiendo el protocolo, se ha administrado 1g de ácido tranexámico, de manera intravenosa en los 30 minutos previos a la realización del procedimiento quirúrgico. No habiéndose documentado ninguna complicación directamente relacionada con el fármaco.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado un estudio comparativo sobre 28 casos consecutivos, no aleatorizados, todos ellos sometidos a implante primario de prótesis de rodilla, en la primera fase del proceso de puesta en marcha del proyecto.

En 14 de ellos se aplicó el protocolo y en otros 14 no se hizo por diferentes causas (contraindicación del fármaco o período previo a la implantación del protocolo).

En ambos grupos se han analizado las siguientes variables:

- Débito del drenaje en las primeras 24h: la media de débito en el grupo que recibe tratamiento es de 233.57ml, sobre 712,86 ml del grupo sin fármaco. El IC 95% diferencia de medias es de 345,25-613,31 con p valor < 0,0001, habiéndose aplicado el Test estadístico t de Student.
- Necesidad de transfusión sanguínea: ningún paciente al que se aplicó el protocolo precisó transfusión sanguínea, mientras que el 57% de los pacientes a los que no se ha administrado ácido tranexámico sí han precisado transfusión sanguínea (entre 1 y 3 unidades), según el Test exacto de Fisher, con valor de p<0,002
- Días de ingreso hospitalario: la media de días de ingreso del grupo fuera del protocolo fue de 6,64 días. En el grupo en el que sí se aplica el protocolo la media fue de 5,14, habiendo aplicado el test t de Student con p=0,206.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Los pacientes a los que no se ha administrado ácido tranexámico tienen un drenaje en las primeras 24 horas superior (entre 345,25 y 613,31 mililitros más) que aquellos que han recibido ácido tranexámico según el protocolo establecido.
- Ninguno de los pacientes a los que se les ha administrado ácido tranexámico ha recibido transfusiones, mientras que el 57% de los pacientes a los que no se ha administrado ácido tranexámico sí han precisado transfusión sanguínea.
- No existen diferencias en cuanto a los días de ingreso: aunque se puede observar en la estadística descriptiva que los pacientes a los que no se les ha administrado ácido tranexámico están en promedio un día y medio más ingresados, esta diferencia no es estadísticamente significativa.

7. OBSERVACIONES.

Los resultados obtenidos son concordantes con los aquellos que provienen de estudios experimentales y con nuestras expectativas al implantar el protocolo. No obstante el protocolo queda sujeto a modificaciones según el avance de las nuevas evidencias científicas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/376 ===== ***

Nº de registro: 0376

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0376

1. TÍTULO

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN CIRUGIA DE PROTESIS TOTAL DE CADERA Y RODILLA

Autores:

LATRE SASO CRISTINA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El índice transfusional en la cirugía protésica se sitúa en muchas series en torno al 90%. La transfusión de sangre alogénica (TSA) es un procedimiento no exento de riesgos, cuya administración provoca además un aumento en la estancia hospitalaria y los costes del proceso. Con la finalidad de reducir los riesgos derivados de la TSA y obtener mejores resultados clínicos y menor dependencia de productos sanguíneos, se han propuesto diversas estrategias de ahorro que incluyen el uso protocolizado de ácido tranexámico. En el Hospital de Barbastro no se aplica con regularidad hasta el momento ninguna técnica de ahorro de sangre alógena en este tipo de intervenciones. El ácido tranexámico ha demostrado reducir en un 38% la pérdida sanguínea, sin provocar un aumento de fenómenos tromboembólicos tras su uso. Esto, unido a su bajo costo, y la simplicidad de su utilización lo convierten en un método eficaz para disminuir la pérdida sanguínea.

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

-Anestesiología: detección del paciente APTO para el protocolo.
-Anestesiología: Administración de la dosis recomendada iv.
-Anestesiología: Observación de los trigger transfusionales y niveles de hematocrito postoperatorio
-Enfermería U.R.P.A: control del sangrado postoperatorio y registro del mismo.
-Hematología: información sobre la utilización de unidades sanguíneas transfundidas

INDICADORES

Registro en la "Hoja de Anestesia" y en la "Hoja de Control Postoperatorio" del paciente que haya recibido ácido tranexámico durante el acto quirúrgico. Indicándose además en la "Hoja de Control Postoperatorio" la cantidad en ml de pérdida sanguínea durante las primeras 24hs. Control analítico en las primeras 48h tras el procedimiento para determinar el nivel postoperatorio.

El seguimiento será anual mediante los datos que hematología nos remita de la cantidad de unidades transfundidas durante dicho período y el análisis de los datos recogidos. Realizándose posteriormente una comparativa con los años anteriores a la inclusión de este medicamento.

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:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ESCOLANO HURTADO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONSERRAT
DIAZ AGUDO ISABEL
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA
ENGUITA TODA ISABEL
SANZ MELIZ JOSE MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Octubre.

Se realizó la reunión inicial del equipo de trabajo para reparto de tareas y organización de todas las fases del proyecto.

Se establecieron reuniones físicas periódicas (2 al mes)

Se creó un método de trabajo no presencial, mediante correo electrónico y grupo de whatsapp para respuestas grupales inmediatas

Se recogieron datos en URPA

Se diseñó la hoja de recogida de datos

Se establecieron las pautas para la recogida

Se recogieron datos durante 1 mes para conocer la situación inicial en cuanto a lo que se considera hasta el momento la correcta identificación de camas.

A la vez los miembros del equipo que trabajan dentro del quirófano, realizaron una descripción detallada de: quien, como, cuando y donde se realiza la identificación de la cama de hospitalización una vez que el paciente es pasado a una camilla de quirófano.

-Noviembre

En las reuniones con el equipo.

Se puso en común la descripción preparada por el equipo de quirófano, así como la descripción del equipo de la URPA en cuanto a la recepción del paciente en URPA.

Se expuso el análisis previo de los datos para conocer la situación actual

-datos de la identificación de las camas recogidos en el mes de octubre

-datos de los errores registrados desde el 1 de enero 2019 hasta la fecha

Se realizaron propuestas de mejora para minimizar el riesgo de error, mediante lluvia de ideas con las que comenzar la elaboración de un protocolo.

-Diciembre.

Se realizó protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la adecuada recepción y ubicación de los pacientes en su cama de hospitalización en URPA.

Se presentó y acepto el protocolo por la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro para empezar el pilotaje.

Se procedió a la difusión del protocolo y a la formación en el protocolo a los profesionales implicados.

-Enero.

Se repitió difusión y se complementó con charlas para el resto de personal implicado dentro del bloque quirúrgico.

Se adaptó el espacio y se colocó todo el material necesario en la recepción de los pacientes en quirófano.

Se pilotó el protocolo durante 1 semana (del 13 al 17de enero) y se comprobó la no existencia de lagunas en cuanto a diseño y/o comprensión de las actividades

Se puso en marcha el protocolo con recogida de datos durante 1 semana, del 20 al 24 de enero.

Se midieron los indicadores del protocolo. 27/01/2019

Se elaboraron las conclusiones. 28/01/2019

Se envía la memoria. 30/01/2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1-Conocer la situación de partida:

En el año 2019 se registró en turno de mañanas de lunes a viernes en un libro de incidencias los errores de cama equivocada, siendo el resultado: 2 errores y 5 casi errores, desde enero a septiembre. En octubre, se realizó un estudio en el que se recogieron 100 casos para medir la correcta identificación de la cama y el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

error en la colocación de pacientes en camas equivocadas. El resultado fue: 0 incidente-error y 12% identificación incorrecta según criterios existentes en dicha fecha.

2- Disponer de un protocolo para la correcta identificación y ubicación de las camas en la Unidad de Recuperación postanestésica. Durante el pilotaje se han recogido 29 casos en los que la medición de los indicadores fue satisfactoria con pequeñas aclaraciones.

3-Tras la instauración del protocolo se recogieron 49 casos y se midieron los siguientes indicadores con los siguientes resultados:

- Estructura

Criterio: Material de identificación

Indicador: Disponer del material para realizar la actividad

Estandar: Si

Resultado: Si

- Proceso

Criterio: Protocolo de identificación de las camas en la URPA

Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad

Estandar: Si

Resultado: Si

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico

Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estandar: 100% del personal de plantilla fija implicado

Resultado: 100%

Criterio: Camas bien identificadas en la URPA

Indicador: % de camas bien identificadas

Estandar: 100% camas

Resultado: 100%

- Resultado

Criterio: incidente-error. Paciente en cama equivocada

Indicador: % pacientes que se les ha colocado en otra cama

Estandar: 0

Resultado: 0

Criterio: incidente confidencialidad. Manejo inadecuado de dato de confidencialidad de paciente

Indicador: % de carteles con dato de confidencialidad del paciente NO retirados al alta en URPA

Estandar: 0

Resultado: 0

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de actuación en la identificación de las camas en el bloque quirúrgico, así como del material y la formación necesaria para llevarlo a cabo. El protocolo ha sido acogido con entusiasmo y sin ninguna incidencia. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo con mejoría de resultados en los pacientes. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector.

El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/724 ===== ***

Nº de registro: 0724

Título

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Autores:

ESCOLANO HURTADO CARMEN, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONSERRAT, ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, DIAZ AGUDO ISABEL, BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, ENGUITA TODA ISABEL, SANZ MELIZ JOSE MIGUEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

Se ha detectado riesgo de confusión, llegando en ocasiones a error en la colocación de los pacientes postquirúrgicos en su cama al ingreso en la Unidad de Recuperación postanestésica tras la intervención quirúrgica. Los pacientes son trasladados de planta a quirófano en su cama de hospitalización junto con su H^aC. En la recepción de quirófano pasan de su cama a una camilla y son trasladados a la sala de acogida de quirófano. Tras la intervención quirúrgica son trasladados a la URPA en camilla donde se colocan en su cama de hospitalización. La cama de hospitalización de los pacientes queda vacía en la recepción de quirófano y es trasladada a la URPA por un celador de quirófano, quedando en espera en un box de la URPA o en el pasillo hasta la finalización de la intervención quirúrgica del paciente. La cama es identificada con cinta adhesiva anotando el número de quirófano y la especialidad por un celador de quirófano.

Al ingreso del paciente en URPA se debe localizar la cama para ubicar al paciente en su cama de hospitalización.

Posibles causas:

- Cama no identificada
- Existencia de 2 camas de la misma especialidad y del mismo quirófano en la URPA
- Error en la identificación de la cama
- o Cama mal identificada
- o Identificación ilegible
- o Confusión de la persona que lo lee

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo principal. Ausencia de errores en la colocación de los pacientes en sus camas de hospitalización.

Objetivos secundarios

- Camas bien identificadas en la URPA
- Protocolizar acciones encaminadas a la correcta identificación de las camas en la URPA y a la correcta ubicación de los pacientes en sus camas de hospitalización.
- Conocimiento del protocolo de correcta ubicación de pacientes por todo el personal implicado

MÉTODO

- Reunir al equipo para realizar lluvia de ideas, reparto de tareas.
- Establecer reuniones periódicas (2 al mes).
- Establecer un registro y diseñar hoja para recogida de datos de situación actual.
- Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio.
- Realizar protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la colocación de los pacientes.
- Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo

La finalidad de este proyecto es evitar errores de identificación y de colocación de pacientes en sus camas de hospitalización ayudándonos de una atención protocolizada basada en la mejor evidencia disponible.

INDICADORES

La fuente de información de los errores serán los registros realizados en la URPA.

Los encargados de recoger los datos, serán las personas que trabajan en la URPA, tanto los TCAE como las enfermeras, previamente entrenados para dicho fin.

Los indicadores de medida serán:

- Estructura

Criterio: Disponer del material para realizar la actividad

Indicador: Disponer del material para realizar la actividad

Estandar: Existencia de material indicado (SI-NO)

- Proceso

Criterio: Protocolo de identificación de camas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0724

1. TÍTULO

MEJORA EN LA IDENTIFICACION DE LAS CAMAS Y UBICACION DE LOS PACIENTES EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST ANESTESICA

Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad
Estandar: SI

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico
Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estandar: 100% del personal implicado

Criterio: Camas bien identificadas en la URPA
Indicador: % de camas bien identificadas
Estandar: 100% camas
- Resultado
Criterio: incidentes
Indicador: % pacientes que se les ha colocado en otra cama
Estandar: 0

DURACIÓN

- Marzo. Reunir al equipo para realizar lluvia de ideas, reparto de tareas.
- Marzo a diciembre. Establecer reuniones periódicas (2 al mes).
- Abril. Establecer un registro y diseñar hoja para recogida de datos de situación actual.
- Marzo a diciembre. Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio.
- Marzo-abril. Realizar protocolo de actuación para la correcta identificación de las camas en la URPA y la colocación de los pacientes.
- Mayo. Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo
- Junio. Recogida de datos de situación post protocolo
- Septiembre. Análisis de los datos y medición de indicadores
- Octubre. Elaboración de la memoria.

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 - 2019/0734

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE SILVIA ALCUBIERRE ABADIAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ANESTESIA Y REANIMACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GABARRE ORUS DOMINGO
PLANA COSTA MONTSERRAT
ESCOLANO HURTADO CARMEN
ESPLUGA DE ANTONIO ELISA
JAIME PAUL ROSARIO
MORA ALINS SOFIA
BARFALUY BUIL MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Octubre 2019
Reunión inicial del equipo de trabajo para reparto de tareas y organización de todas las fases del proyecto.

Establecer reuniones físicas periódicas (2 al mes)

Creación de método de trabajo no presencial, mediante correo electrónico o vía WhatsApp

- Noviembre 2019

Análisis de los registros que se tenían de accidentes durante el año.

- Diciembre 2019

Realización del protocolo

- Enero 2019

Reuniones explicativas para el personal implicado en la transferencia de pacientes

Puesta en marcha del protocolo

Recogida de datos, última semana de enero (del 23 al 29)

Análisis de resultados recogidos

Envío de memoria

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Conocimiento de la situación de partida.

Durante el primer trimestre del año 2019, se registraron en la URPA 3 incidentes durante la transferencia de paciente camilla-cama: 2 golpes con palos de gotero y otro con bomba perfusión colocada en palo

A partir de esa fecha, se fueron tomando medidas para evitar las contusiones y poder ir perfilando la elaboración del protocolo.

- Disponer de un protocolo de actuación para que realización de la transferencia sea rápida, eficaz y segura para paciente y personal

- Se recogieron 42 casos tras el inicio de aplicación del protocolo, se midieron los siguientes indicadores:

Estructura

Criterio: tablas de transferencia

Indicador: Disponer tablas de transferencia

Estándar: Si

Resultado: Si. Se dispone de 2 tablas nuevas

Proceso

Criterio: Protocolo de transferencia paciente camilla- cama en la URPA

Indicador: Existencia de protocolo aceptado por la unidad de calidad

Estándar: Si

Resultado: Si

Criterio: Formación del personal implicado del bloque quirúrgico

Indicador: % de trabajadores implicados formados en el protocolo Estándar: 50% del personal de plantilla implicados

Resultado: 90% del personal del bloque quirúrgico formados

Criterio: Camas bien preparadas para la transferencia en la URPA

Indicador: % de camas bien preparadas

Estándar: 95% camas bien preparadas

Resultado: 100% de camas bien preparadas en URPA en espera a que el paciente llegue desde quirófano

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0734

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

Resultado

Criterio: contusiones observadas en personal del bloque quirúrgico durante la trasferencia
Indicador: % contusiones en personal
Estándar: <5%

Resultado: ninguna contusión en personal del bloque quirúrgico

Criterio: Contusiones observadas en paciente durante trasferencia
Indicador: % contusiones en paciente
Estándar: 0%
Resultado: Ninguna contusión en paciente

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de trasferencia camilla-cama, del material (2 transfer nuevos) y la formación necesaria para llevarlo a cabo. Se han conseguido todos los objetivos planteados y se han medido los indicadores del protocolo. El protocolo ha pasado el control de la Unidad de Calidad del Hospital de Barbastro y ha sido publicado en la intranet local, estando disponible para todo el personal del Sector. El personal de URPA/CMA se compromete a continuar actuando según las acciones marcadas en el protocolo, midiendo los indicadores anualmente y realizando las revisiones de dicho protocolo cada 2 años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/734 ===== ***

Nº de registro: 0734

Título
MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

Autores:
ALCUBIERRE ABADIAS SILVIA, GABARRE ORUS DOMINGO, PLANA COSTA MONTSERRAT, ESCOLANO HURTADO CARMEN, ESPLUGA DE ANTONIO ELISA, JAIME PAUL ROSARIO, MORA ALINS SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: paciente quirurgico
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras la evaluación de los riesgos del servicio, se detectó que la mayor frecuencia de accidentalidad laboral ocurría durante la trasferencia del paciente desde camilla a cama, existiendo además la posibilidad de riesgo para el paciente. Además, la coordinación y la asistencia inmediata son necesarias, por ello, se precisa de un protocolo de actuación

RESULTADOS ESPERADOS

Población diana
- Personal sanitario y pacientes intervenidos quirúrgicamente que ingresan en el servicio de URPA.
Objetivo principal
- Minimizar la accidentalidad de pacientes y de personal sanitario en la trasferencia camilla-cama
Objetivos secundarios
- Medir la frecuencia de accidentes relacionados con la trasferencia de pacientes
- Eliminar objetos que posibiliten los accidentes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0734

1. TÍTULO

MINIMIZAR EL RIESGO DE ACCIDENTES DURANTE LA TRASFERENCIA DE PACIENTES POSTQUIRURGICOS CAMILLA CAMA EN LA UNIDAD DE RECUPERACION POST-ANESTESICA

- Protocolizar acciones en la prevención de accidentes relacionados con la transferencia de pacientes postquirúrgicos camilla-cama.

MÉTODO

- Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto.
- Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio
- Registro de accidentes durante la transferencia del paciente postquirúrgico, tanto en personal sanitario como en paciente, antes y después de la aplicación del protocolo.
- Realización protocolo transferencia paciente postquirúrgico camilla-cama
- Formación del equipo en las actuaciones para la aplicación del protocolo

INDICADORES

Los indicadores de medida serán:

- Estructura
 - o Criterio: presencia personal (4 personas) para la transferencia del paciente postquirúrgico
 - Indicador: % de transferencias realizadas correctamente
 - Estandar: 100%
- Proceso
 - o Criterio: Protocolo de transferencia paciente postquirúrgico camilla-cama
 - Indicador: Existencia de protocolo validado
 - Estandar: SI
 - o Criterio: Formación del personal del bloque quirúrgico (QUI/URPA) en el protocolo de transferencia
 - Indicador: % de trabajadores en bloque quirúrgico (QUI/URPA) formado en el protocolo de transferencia.
 - Estandar: 50% de la plantilla fija de enfermeras, TCAE y celadores
 - o Criterio: Aplicación del protocolo
 - Indicador: % de trabajadores de plantilla fija que han sido formados y aplican el protocolo
 - Estandar: 90% de la plantilla fija de enfermeras, TCAE y celadores que ha sido formada.
- Resultado
 - o Criterio: mejora en accidentalidad en personal
 - Indicador: % accidentalidad
 - Estandar:
 - o Criterio: mejora en accidentalidad en pacientes
 - Indicador: % accidentalidad
 - Estandar: 0

DURACIÓN

- Marzo. Reuniones físicas con el equipo de trabajo, reparto de responsabilidades y puesta en común de resultados y dudas semanalmente hasta la finalización del proyecto
- Marzo a diciembre. Formación y comunicación de acciones y resultados al resto del equipo, así como al responsable directo del Servicio
- Abril. Análisis de datos de accidentalidad en el Servicio en el año 2018.
- Marzo-abril. Realizar protocolo de actuación para la transferencia camilla-cama en el paciente intervenido quirúrgicamente
- Mayo. Formación del equipo en las actuaciones de dicho protocolo.
- Junio. Recogida de datos de situación post protocolo
- Septiembre. Análisis de los datos y medición de indicadores
- Octubre. Elaboración de la memoria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

Fecha de entrada: 26/02/2018

2. RESPONSABLE LAURA GONZALEZ PAVON
· Profesión TEL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIELSA MOLINA PATRICIA
CARRILLO PRADA JOSEFINA
RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL
VILLACAMPA BUIL ROSA
SANZ GARRIDO SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REUNION EN JUNIO DEL 2015 PARA DESIGNAR RESPONSABLE PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO, SE ACUERDA NOMBRAR DOS DE CADA SECCION: MICROBIOLOGIA, HEMATOLOGIA Y BIOQUIMICA. EN ESTE REUNION SE ELIGE EL ORDENADOR DE URGENCIAS PARA UBICAR LA CARPETA.

OCTUBRE SE RECOPILAN DE CADA SECCION TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EXISTENTES, SE ACTUALIZAN Y SE REVISAN POR SI HUBIERA CAMBIOS.

FEBRERO SE EMPIEZAN A INTRODUCIR EN LA CARPETA LOS PROCEDIMIENTOS CORRECTOS DE ENVIO. SE CONFECCIONA UNA HOJA PARA APUNTAR LAS POSIBLES INCIDENCIAS EN CADA PROCEDIMIENTO.

HASTA JUNIO SE VALORA MEDIANTE REGISTRO EN LAS HOJAS DE INCIDENCIAS SU DIFICULTAD O, SATISFACCION O MEJORAS A REALIZAR.

JULIO COINCIDIENDO CON EL PERIODO VACACIONAL DE LOS TEL PUESTA EN MARCHA.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADO ALTAMENTE SATISFACTORIO, TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO PUEDE CONSULTAR EN LOS TURNOS DE TARDE Y NOCHE LAS CONDICIONES OPTIMAS DE ENVIO DE MUESTRAS, COMO ENVIARLAS Y SI PUEDEN ESPERAR PARA EL DIA SIGUIENTE.

DEBIDO AL MOVIMIENTO DE FACULTATIVOS ESPECIALISTAS CON NECESIDAD DE ENVIO DE MUESTRAS FUERA DE NUESTRA COMUNIDAD A LABORATORIOS EXTERNOS O CENTROS DE INVESTIGACION, QUEDA UN REGISTRO CON EL ITINERARIO Y PRUEBA REQUERIDA.

GUIA DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS DE ENVIOS ESPECIALES.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

ESTE PROYECTO SIGUE ACTIVO, PUES CADA DIA HAY NUEVOS REQUERIMIENTOS DE ENVIOS FUERA DE NUESTRA COMUNIDAD, ESTUDIOS NUEVOS Y PETICIONES NUEVAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/221 ===== ***

Nº de Registro: 0221

Título
LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

Autores:
GONZALEZ PAVON LAURA, BIELSA MOLINA PATRICIA, CARRILLO PRADA JOSEFINA, RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL, VILLACAMPA BUIL ROSA, SANZ GARRIDO SARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

EL AUMENTO DE RECEPCION DE MUESTRAS DEL HOSPITAL QUE SE DERIVAN A OTROS CENTROS Y EL AUMENTO DE MUESTRAS QUE RECIBIMOS DE OTROS CENTROS O LUGARES QUE DEBEMOS GUARDAR EN CONDICIONES OPTIMAS PARA POSTERIORMENTE REALIZAR SU ENVIO, HACEN NECESARIO LA CREACION DE UN ESPACIO REFERENTE.
HAY T.E.L. RESPONSABLES DE ESTOS ENVIOS, PERO EL PROBLEMA SURGE CUANDO NO ESTAN ESTAS PERSONAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0221

1. TÍTULO

LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS COMO CENTRO LOGISTICO DE ENVIO DE MUESTRAS

RESPONSABLES, Y AUNQUE LOS PROCEDIMIENTOS ESTAN EN PAPEL RESULTA INCOMODA SU LOCALIZACION.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

CREACION DE UNA CARPETA EN EL ORDENADOR DE URGENCIAS DEL LABORATORIO, ES EL LUGAR IDONEO Y PRACTICO DONDE LOCALIZAR LOS PROTOCOLO ADECUADO DE ENVIO O RECEPCION.

MÉTODO

- DEFINIR PROCEDIMIENTOS.
- SELECCIONAR RESPONSABLES.
- ELECCION DEL ORDENADOR DONDE ESTARAN UBICADOS.
- CREACION DE UNA CARPETA DONDE ESTARAN AGRUPADOS TODOS LOS PROCEDIMIENTOS, RESPONSABLES Y COMPROMISO DE ACTUALIZACION.
- CREACION DE UN INDICE PARA FACILITAR LA LOCALIZACION DEL PROCEDIMIENTO. ESTARA UBICADA EN LA CARPETA.
- CREACION DE UNA HOJA SOBRE LA DIFICULTAD EN EL ENVIO Y SUGERENCIAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO QUE TAMBIEN SERA UTILIZADO PARA LA TRAZABILIDAD DE LA MUESTRA.
- EVALUACION Y PUESTA EN MARCHA DE NUEVAS ACCIONES.

INDICADORES

- REALIZACION Y ACTUALIZACION DEL 100% DE PROCEDIMIENTOS.
- INCLUSION DE TODOS LOS PROCEDIMIENTOS EN LA CARPETA.
- REALIZACIÓN DEL HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
- REALIZACION DEL INDICE.

DURACIÓN

- DE JUNIO A JULIO DE 2015, ELECCION DE RESPONSABLES.
- DE AGOSTO A OCTUBRE DE 2015 RECOPIACIÓN, ACTUALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS.
- DE NOVIEMBRE A DICIEMBRE DE 2015, CREACIÓN DE LA CARPETA E INTRODUCCIÓN DE PROCEDIMIENTOS. CREACION DE LA HOJA DE OBSERVACIONES Y TRAZABILIDAD.
- DE ENERO A ABRIL 2016, VALORACION DEL RESULTADO.
- MAYO 2016,PUESTA EN MARCHA.

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 - 2015/0337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión TEL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. BIOQUIMICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GIRON CEBOLLERO PILAR
GONZALEZ PAVON LAURA
CARRILLO PRADA JOSEFINA
VENTEO FRANCO CARMEN
PEREZ PEREZ ANA BELEN
BOLTAINA GUARDIA ESTELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

CONTACTAR CON EL SERVICIO INFORMatico DEL SIL MODULAB, PARA HABILITAR EL PROGRAMA DE CONTROL DE STOCK.
ESTAR EN CONTACTO CON ELLOS PARA DEFINIR ALARMAS, CANTIDADES MINIMAS DE STOCK, CADUCIDAD, DEFINIR GRUPOS, CALIBRADORES, CONTROLES, REACTIVOS,.....
EN MARZO REUNION DEL PERSONAL DEL LABORATORIO PARA INFORMAR A TODO EL PERSONAL DE COMO ACTUAR ANTE ESTE PROYECTO:
-LOS TEL CUANDO SE TERMINEN LOS REACTIVOS DE BIOQUIMICA DEBERAN DEPOSITAR EN LAS CAJAS ROTULADAS QUE ESTARAN SITUADAS EN LOS LUGARES SEÑALIZADOS, HABRA UNA CAJA PARA DEPOSITAR LOS REACTIVOS, CONTROLES Y CALIBRADORES TERMINADOS, OTRA ROTULADA PARA DEPOSITAR LAS CAJAS DE LOS CONSUMIBLES ACABADOS.
-SE DESIGNAN A DOS TEL DE BIOQUIMICA DE RUTINA DE TURNO DE MAÑANA, COMO RESPONSABLES DE DAR ENTRADA Y SALIDA A TODO EL MATERIAL DE BIOQUIMICA QUE ENTRA EN ESTE PROYECTO, (EN PRINCIPIO SOLO EL MATERIAL DE LOS AUTOMATIZADORES DE ROCHE). TAMBIEN TENDRAN LA TAREA DE REVISAR PERIODICAMENTE LOS ALMACENES Y CUARTO FRIO PARA COMPROBAR CONCORDANCIA DE EXISTENCIAS Y PROGRAMA.
-CUANDO SUBAN EL MATERIAL DEL ALMACEN, PREGUNTARAN POR EL TEL RESPONSABLE DEL PROYECTO Y LE ENTREGARAN LOS ALBARANES (ESTO SE PACTA CON EL RESPONSABLE DEL ALMACEN). EL TEL RESPONSABLE DARA ENTRADA EN EL SIL.
-LOS TECNICOS DEL SIL MODULAB, FORMAN A LOS TEL DEL SERVICIO DE BIOQUIMICA DE RUTINA RESPONSABLES DE DAR ENTRADA Y SALIDA A LOS PRODUCTOS DE ROCHE. DURANTE EL MES DE MAYO
-SE LES ASIGNA, A ESTOS TEL, LA TAREA DE ESCRIBIR ESTE PROCEDIMIENTO PARA QUE ESTE AL ALCANCE DE TODO EL SERVICIO E INCLUIRLO EN NUESTRO PROGRAMA DE CALIDAD.
-SE DESIGNAN RESPONSABLES DE RECOPIRAR DATOS DE PEDIDOS EXTRAS REALIZADOS ENTRE LOS MESES DE JULIO Y DICIEMBRE DEL 2014 Y 2015.
FEBRERO 2016 REUNION DE TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO PARA COMENTAR LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL PROYECTO Y HACER UN RECORDATORIO MAS DE LA OBLIGATORIEDAD DE DEPOSITAR LOS REACTIVOS VACIOS EN LOS LUGARES CORRESPONDIENTES. MAYO A OCTUBRE DEL 2016 CONTAJE DE PEDIDOS EXTRAS.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

LOS RESULTADOS DEL PERIODO DEL 2015 SON BASTANTE MALOS.
EN 2014 SE REALIZARON 10 PEDIDOS EXTRAS.
EN 2015 SE REALIZARON 16 PEDIDOS EXTRAS, DEBIDO A QUE AUN VIGILANDO CONTINUAMENTE LOS STOCK, NEVERAS Y ALMACEN, HABIA IRREGULARIDADES: REACTIVOS QUE NO ENTRABAN EN LOS APARATOS Y SE VOLVIAN A DEJAR EN CUARTO FRIO, CAJAS VACIAS QUE NO SE DEPOSITABAN EN LOS LUGARES DEFINIDOS PARA DAR DE BAJA, ETC.
EVOLUCION DEL PROYECTO EN EL 2016: DISMINUCION DE PEDIDOS EXTRAS REALIZADOS EN LOS MESES DE MAYO A OCTUBRE DEL 2016. SE REALIZAN 7 PEDIDOS EXTRAS NO AUMENTANDO EL STOCK DEFINIDO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MUCHO ESFUERZO Y TRABAJO PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS. HAY QUE IMPLICAR A TODO EL PERSONAL DEL LABORATORIO. SE SIGUE REVISANDO EL ALMACEN Y CUARTO FRIO CONTINUAMENTE PARA NO ENTRAR EN ROTURA DE STOCK. RECORDATORIO EN TODAS LAS REUNIONES DEL PERSONAL DE LA OBLIGATORIEDAD DE DEPOSITAR EN LOS LUGARES ADECUADOS. CONCIENCIAR AL PERSONAL DEL SERVICIO DE LO IMPORTANTE QUE ES LA BUENA ACTUACION PARA CONSEGUIR BUENOS RESULTADOS.

7. OBSERVACIONES.

SE SIGUE EVOLUCIONANDO, MEJORANDO E INNOVANDO EN ESTE PROYECTO.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/337 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0337

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Nº de Registro: 0337

Título
PROCEDIMIENTO DE AUTOMATIZACION DE PEDIDOS EN EL SERVICIO DE BIOQUIMICA DEL LABORATORIO DE ANALISIS CLINICOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CATENA LACOMA MARIA JOSE, GIRON CEBOLLERO PILAR, GONZALEZ PAVON LAURA, CARRILLO PRADA JOSEFINA, VENDEO FRANCO CARMEN, PEREZ PEREZ ANA BELEN, BOLTAINA GUARDIA ESTELA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA
Anualmente se realiza una programación de reactivos de bioquímica que se desglosa mensualmente, tras recibir los pedidos mensuales programados, según el gasto estimado, es frecuente la necesidad de realizar pedidos extras para cubrir el trabajo hasta terminar el mes y por el contrario se puede llegar a tener un stock en ocasiones excesivo y en otras inexistentes.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS
Implantación en el SIL - MODULAB de una aplicación para realizar pedidos, la cual nos permitirá prever con más exactitud y antelación en el tiempo:
- El gasto estimado en un mes, evitando realizar pedidos extras.
- Tener un estocaje más ajustado a las necesidades.
- Controlar de forma automática las caducidades de los productos.

MÉTODO
Contactar con MODULAB para poner en marcha la aplicación del programa.
Hacer una estimación del gasto de consumibles, reactivos, controles y calibradores, valorando en el año 2014.
Introducción de datos obtenidos en la aplicación del Modulab.
Distribuir el material según la metodología.
Establecer las alarmas de aviso de estocaje máximo, mínimo y caducidad próxima.
Decidir responsables de dar entrada y salida a los reactivos, calibradores, controles y consumibles.
Decidir responsables de revisar y valorar mensualmente la aplicación, para asegurar la concordancia entre el stock real y el que nos muestra el programa.
Realizar reuniones formativas e informativas del nuevo proyecto al personal de bioquímica y urgencias implicado.

INDICADORES
Comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.
Comparativa de stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y stock entre los meses de Abril a Septiembre del 2015.

DURACIÓN
De Enero a Febrero del 2015, instalación del programa y estimación del gasto de material.
En Marzo del 2015, información y formación al personal que vaya a hacer uso del programa y asignar responsables.
De Abril a Septiembre, puesta en marcha y seguimiento.
En Octubre realizar evaluación comparativa de pedidos extras realizados entre los meses de Abril a Septiembre del 2014 y los realizados entre Abril y Septiembre del 2015.

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 - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE GUSTAVO FRANCISCO ANGULO BALDUZZI

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROJAS FAVIO ANIBAL
GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO
MAGALLON PUY JUAN ALBERTO
MARTINEZ CASTILLON JAVIER
ARILLA ALBAS ANA MARIA
GOMEZ MARQUEZ MARIA
COMPS ALMUNIA DANAE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 2 reuniones presenciales, una en el hospital con los miembros de urgencias y cardiología, y otra con los dos centros de salud con mayor población del área (CS Barbastro y CS Monzón) para la implementación un protocolo de derivación de los pacientes con primer diagnóstico de fibrilación auricular (FA), desde atención primaria y desde urgencias. Con los demás CS se realizaron contactos por vía telefónica. Se solicitó al jefe de sección de informática del hospital la autorización para utilizar el nuevo programa de consultas virtuales, similar al que ya estaba siendo utilizado por neurología.

Se estableció un protocolo de atención en la consulta de cardiología donde se incluyó como parte de la valoración inicial en la primera consulta la ecocardiografía (V-scan GE). Se confeccionó un documento ad-hoc que incluyó la valoración de función sistólica del ventrículo izquierdo, presencia de valvulopatías significativas, y determinación si el sujeto era apto o no para el uso de nuevos anticoagulantes (NACO). Dicho informe quedaba documentado en intranet, HP Doctor, para la visualización inmediata de los médicos de atención primaria. Posteriormente se completó la evaluación con la realización de un ecocardiograma reglado. Se utilizaron los criterios de las guías de práctica clínica en FA [European Society of Cardiology (ESC), Sociedad Española de Cardiología (SEC)] y la reglamentación autonómica (visado) para decidir el tipo de anticoagulante inicial. Los pacientes que acudían a urgencias con diagnóstico de FA de reciente comienzo, ya sea derivados por los médicos de atención primaria o no, fueron registrados, se les realizó valoración con las escalas mencionadas y se le inició anticoagulación en caso de estuviera indicado, además del resto de la medicación necesaria. El día posterior se recogía la información del paciente y se los citaba preferente con alguno de los dos cardiólogos implicados en el proyecto. Se incorporaron los datos a una base de datos Excel y se analizaron los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El 100% de los pacientes fueron derivados desde urgencias hospitalarias. Ningún paciente fue derivado desde atención primaria al servicio de cardiología con FA de reciente diagnóstico mediante el protocolo implementado. No se derivó ningún paciente de forma on-line. El sistema de consultas virtuales solicitadas al jefe de informática nunca fue autorizado por dirección médica. Al momento de la finalización del proyecto se implementó un sistema de consultas virtuales para derivación desde atención primaria a especialidades, por lo que no se pudo contar con dicha herramienta durante la realización del proyecto en cuestión. Ningún paciente fue resuelto in situ en los centros de atención primaria por el sistema de derivación directo propuesto. Se asistieron 91 pacientes con FA de reciente diagnóstico registrados desde 01/09/2016 al 31/08/2017. El 62% se anticoagularon con acenocumarol y el 38% con NACO. De estos últimos el 40% recibió apixaban el 37% ribaroxaban, el 18% edoxaban y el 2% dabigatran. En un paciente estaba contraindicado el uso de anticoagulantes y otro paciente fue medicado con ácido acetilsalicílico debido a preferencia del paciente con riesgo embólico intermedio. Se logró reducir el tiempo a la primera visita con el especialista y el tiempo a la primera valoración ecocardiográfica a 11 días, semejante a los resultados obtenidos en el proyecto de mejora a la accesibilidad de pacientes con FA (2015-2016). No hubo una indicación equivocada de NACO relacionado con valvulopatías significativas que contraindiquen su uso. La correlación ecocardiografía con ecocardiografía fue del 100% realizada por un especialista entrenado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo de derivación desde urgencias a consultas de cardiología logró reducir los tiempos de atención con el especialista y el inicio de la anticoagulación desde el primer contacto hospitalario. El protocolo de derivación dependiente de atención primaria no funcionó correctamente, deberá analizarse el motivo y proponer soluciones. Estamos convencidos de que si esta vía de derivación se implementara desde los órganos de dirección correspondientes descongestionaría el volumen de consultas de urgencias hospitalarias con disminución del tiempo al contacto con el especialista, ofreciendo una herramienta práctica, segura y rápida al médico de atención primaria permitiendo el inicio precoz del tratamiento anticoagulante, optimizando la calidad de atención médica y promoviendo la coordinación entre atención primaria y especializada.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

*** ===== Resumen del proyecto 2016/662 ===== ***

Nº de registro: 0662

Título
FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Autores:
ANGULO BALDUZZI GUSTAVO, ANIBAL ROJAS FAVIO, SANCHEZ-RUBIO LEZCANO PABLO, GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO, MAGALLON PUY JUAN ALBERTO, BLASCO OLIVETE MELITON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: FIBRILACION AURICULAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La Fibrilación Auricular (FA) es la arritmia cardiaca más frecuente en España con una prevalencia del 4.4%, afectando al 10% de los pacientes mayores de 65 años y aumentando su incidencia con la edad. Como es conocido la FA aumenta 5 veces el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular (ACV) de origen cardioembólico a quien la padece. Los estudio estiman que la FA es responsable del 25% de los 24000 ACV cardioembólicos que se producen en España al año, siendo además la prevalencia de este tipo de ACV superior en pacientes <45 años. Todo esto supone un importante problema sanitario puesto que conlleva un riesgo de morbi-mortalidad incremental siendo el ACV isquémico la complicación más temida de la FA dadas sus secuelas devastadoras y elevado riesgo de recurrencia. El ACV causa una mortalidad anual del 50% durante el primer año tras su diagnóstico, siendo además responsable de discapacidad en el 60% de los pacientes que sobreviven.
Los ensayos han demostrado el beneficio clínico neto del tratamiento anticoagulante de la FA, tanto con los clásicos antivitamina K (AVK) como con los nuevos anticoagulantes orales no antivitamina K (NACOS) con una importante reducción de los eventos embólicos y de la mortalidad (más marcado en ancianos que en jóvenes). En nuestro país, del total de pacientes anticoagulados, el 85% están siendo tratados con AVK. Para medir la calidad de la anticoagulación se calcula el tiempo que el paciente está correctamente anticoagulado mediante la denominada permanencia en tiempo en rango terapéutico (TTR) y según los estudio españoles Anfagal y Paula-2015 el 40 % de los pacientes anticoagulados con AVK tienen un inadecuado control de anticoagulación con unos valores de TTR por debajo del nivel deseado el 60 % del tiempo. Este inadecuado control aumenta los episodios de ACV, lo que genera un ingente gasto sanitario debido a los ingresos hospitalarios por esta causa y aumenta también el gasto social por la pérdida de capacidades de los pacientes, produciendo además trastornos en la calidad de vida del involucrado y de su familia. En los últimos años han surgido nuevas opciones de tratamiento anticoagulante, con fármacos más seguros y eficaces que el tratamiento convencional con AVK. Para disminuir las secuelas y complicaciones de la FA, es imprescindible instaurar un tratamiento rápido y efectivo, que cuente con la evaluación precoz por parte de Cardiología, así como también instaurar a nivel asistencial un mecanismo coordinado de derivación de los pacientes, y el cambio en los tratamientos según las nuevas guías europeas.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir el tiempo entre el diagnóstico de fabricación auricular y la primera ecografía cardiaca.
- Implementación de las escalas para decidir la necesidad de anticoagular o no.
- Empleo de las escalas para decidir que tipo de tratamiento anticoagulante emplear si está indicado hacerlo
- Adecuación de los posibles tratamientos a las indicaciones de las guías, tanto en la iniciación como en las sucesivas visitas de control.

MÉTODO
- Reunión de los miembros del equipo de mejora para unificar criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento
- Agilizar la accesibilidad y canalización directa a la Consulta de Arritmias Trombogénicas de los pacientes diagnosticados en A.Primaria sin la necesidad de acudir a Urgencias (utilizando nuevo programa on line en marcha para el servicio de Urgencias)
- Sistema de consulta on line y resolución in situ del caso con AP
- Creación de un protocolo de acción inicial ante el diagnóstico (analíticas, ECG y examen físico básico necesario)
- Unificación de las escalas de riesgo tromboembólico y hemorrágico como la utilización de la escala SAMETT2R2 que predice la probabilidad de éxito del tratamiento con AVK.
- Creación de una base de datos con los pacientes atendidos en el Sector Barbastro centralizada en la consulta de Cardiología

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0662

1. TÍTULO

FIBRILACION AURICULAR: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

- Creación de una consulta preferente para la asistencia específica de pacientes con fibrilación auricular
- Implementación de un sistema de apoyo ecográfico rápido para los pacientes de Atención Primaria (vscan) para poder orientar el tratamiento de la forma más precoz posible

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes derivados del Servicio de Urgencias hospitalarias y desde Atención Primaria con diagnóstico de FA
- Porcentaje de paciente derivados on line desde AP
- Porcentaje de pacientes con resolución in situ (en su Centro de Salud)
- Tiempo desde el diagnostico en AP/Urgencias a la toma del anticoagulante
- Porcentaje de pacientes derivados con antivitamina K o con nuevos anticoagulantes orales
- Porcentaje de pacientes derivados con antiagregantes o sin anticoagulación

DURACIÓN

JULIO 2016: reunión del equipo de mejora y unificación de los criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento.

SEPTIEMBRE 2016: configuración del protocolo definitivo

OCTUBRE 2016: inicio de derivaciones de pacientes a consulta especializada.

DICIEMBRE 2016 : reunión para valorar problemas en el funcionamiento asistencial

MARZO 2016: recolección de datos y discusión de los mismos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE RODOLFO EDUARDO REINOSO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRADOS SASO DANIEL
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, parecido a un marcapasos en su aspecto externo pero con una función, una finalidad y unas indicaciones diferentes.

Su principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.

Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). De manera similar a cuando se administra una descarga con el desfibrilador externo del carro de paradas, este dispositivo reconoce la arritmia y la trata administrando una descarga si es necesario desde el interior del corazón.

El primer desfibrilador implantable fue inventado en Estados Unidos en 1967 por el Prof. Mirowski, tras la muerte de un compañero suyo que había padecido varios episodios de taquicardia ventricular. No fue hasta el año 1980 cuando se implantó por primera vez en EEUU, recibió la aprobación de la FDA en 1985 y unos años más tarde se comenzó a implantar en Europa. En sus inicios eran dispositivos muy elementales que sólo administraban descargas eléctricas en función de la frecuencia cardíaca, pues todavía no contaban con las funciones más avanzadas de detección disponibles hoy día. A lo largo de los años, gracias al avance tecnológico, se han ido perfeccionando y aumentando sus características, a la vez que se ha logrado disminuir su tamaño.

Consta de dos partes fundamentales: el generador y el electrocatéter. El generador se sitúa bajo la piel del paciente, en la región pectoral, es la batería del aparato y proporciona la energía necesaria para administrar las descargas. El electrocatéter (cable) une el generador con el interior del corazón, se introduce a través del sistema venoso hasta el interior del ventrículo derecho del paciente.

El dispositivo es capaz de reconocer el ritmo cardíaco del paciente (vigila continuamente) y si detecta una arritmia ventricular, administra las terapias antitaquicardia.

Un DAI reúne las funciones de desfibrilador (antitaquicardia), y también de un dispositivo antibradicardia (marcapasos). Las funciones de estimulación antibradicardia y antitaquicardia se llevan a cabo aplicando pequeños pulsos de bajo voltaje indoloros y generalmente inapreciables. Las funciones antitaquicardia incluyen la liberación de estímulos repetidos para eliminar taquicardias y cuando esto no es posible, administrar descargas de mayor voltaje. Estas descargas (también denominadas "choques") son percibidas como un "golpe fuerte" o "descarga" y pueden ser dolorosas.

El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica.

Interferencias del desfibrilador

El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias).

En el quirófano el electrobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas.

La actividad eléctrica del bisturí hace que el aparato se confunda, interprete una arritmia maligna cuando en realidad no existe y administre una descarga innecesaria.

Es por ello que se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador. Esto puede conseguirse de dos maneras:

1. Mediante el programador específico de la casa comercial del desfibrilador, a través de un cabezal que se coloca sobre el generador o bien se puede conectar con telemetría. Una vez finalizada la intervención quirúrgica se vuelven a activar las terapias. En nuestro hospital no disponemos de programadores de marcapasos ni de desfibriladores, por lo que esta opción no está disponible.

2. Mediante la colocación de un imán de suficiente tamaño sobre la zona de la piel del paciente donde se encuentra el generador. Como norma general, se desactivarán las terapias, pero es importante conocer que la respuesta al imán puede ser distinta en función de la casa comercial del dispositivo.

A Puntos clave que debemos revisar en el paciente portador de DAI en quirófano

Antes de la intervención es imprescindible conocer:

1. Tipo de DAI que lleva el paciente. Modelo y marca comercial.
2. Indicación de DAI. Motivo por el que fue implantado.
3. Última revisión del dispositivo: correcto estado y funcionamiento o si presentaba alguna incidencia. Estado de la batería.
4. Si el paciente es dependiente de marcapasos (por sí mismo no tiene ritmo propio y en condiciones normales el DAI además de protegerle de arritmias malignas está actuando continuamente como un marcapasos que proporciona estimulación eléctrica para el latido del corazón)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

B En quirófano y reanimación

- El paciente se encuentra siempre monitorizado en quirófano o reanimación.
- Es conveniente monitorizar la presión de pulso, además de la monitorización electrocardiográfica porque el mismo electrobisturí altera y produce artefactos en la señal ECG mientras está funcionando. Si la presión de pulso cae, una de las causas de esta caída puede ser precisamente una arritmia ventricular.
- Tener disponibles siempre un desfibrilador externo y un marcapasos transitorio (transcutáneo o percutáneo)
- Se recomienda la utilización del electrobisturí de manera intermitente siempre que sea posible y a la energía de salida disponible más baja. Si se utiliza en el modo unipolar, al menos a 15 cm del desfibrilador. Colocar el electrodo neutro, de retorno o dispersor del electrobisturí (placa adhesiva) lo más alejado posible del DAI, en la extremidad inferior derecha si el generador se encuentra en la región pectoral izquierda.

Respuesta al imán del DAI en función de la casa comercial

Desactiva terapias pero en algunos casos de manera distinta y además el aparato está programado para emitir sonidos (distintos pitidos) para informar de su estado y de si están activadas o no las terapias antitaquicardia (descargas incluidas)

1) St. Jude MedicalR

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
No efecto en la función marcapasos

2) BiotronikR

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado
No efecto en la función marcapasos

3) BostonR

Si se escuchan pitidos intermitentes (sincrónicos con la onda R del ECG) mantener el imán 30 segundos
Si pasa a pitido continuo significa que están desactivadas las terapias y podemos retirar el imán.

Podemos activarlo de nuevo volviendo a colocar el imán otros 30 segundos (volverá a oírse un pitido sincrónico con la R).

Si no pasa a pitido continuo el dispositivo no entregará terapias mientras el imán esté colocado sobre el generador

Si no se escuchan pitidos necesitaremos un programador para desactivar el DAI.
No efecto en la función marcapasos

4) MedtronicR. La emisión de alertas acústicas se circunscriben a:

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado.

Si el desfibrilador tiene activada la función "alertas del paciente" (dispositivos más modernos), podemos escuchar pitidos que emite el dispositivo para informar del estado del DAI. Si al colocar el imán se escucha un pitido continuo durante 20 segundos indica que el DAI funciona correctamente; un pitido doble (alto/bajo) indica que ha ocurrido una situación de urgencia grave; un pitido intermitente indica que ha ocurrido una situación de urgencia leve.

No efecto en la función marcapasos

5) Ela MedicalR

Inhibición de la detección y de las terapias antitaquicardia mientras el imán esté colocado

Efecto en la función de marcapasos: estimulación al modo programado 96 l.p.m. (batería completa). La frecuencia va bajando a medida que la batería se va descargando. Amplitud y duración de impulso a valores máximos.

DAI subcutáneos

En los últimos años se ha comenzado a implantar DAI subcutáneos. Estos dispositivos se implantan por vía subcutánea sin necesidad de acceso venoso.

Esto supone un avance ya que la vía venosa puede dar lugar a complicaciones. Son capaces de reconocer y tratar las arritmias ventriculares administrando una o varias descargas. El aparato reconoce el ECG del paciente y si detecta un cambio en su morfología (por una fibrilación ventricular o una taquicardia ventricular rápida) administra una descarga.

El generador, de mayor tamaño que en los DAI convencionales, queda alojado en la región lateral del tórax del paciente y el electrodo de descarga se tuneliza quedando alojado en la región precordial del paciente. Como contrapartida, al no disponer de un electrocáteter en contacto con la superficie interna del corazón, no son capaces de administrar terapias de sobreestimulación como tratamiento alternativa a la descarga para finalizar episodios de taquicardia ventricular².

En los pacientes en los que son frecuentes estas taquicardias, los dispositivos subcutáneos no son por tanto adecuados pero sí tienen su lugar en aquellos pacientes en los que el objetivo es prevenir la muerte súbita y no se prevé la aparición de taquicardias ventriculares. Sobre todo en pacientes jóvenes y niños, o en pacientes que han presentado problemas de acceso venoso o complicaciones repetidas de los electrodos intravasculares³. Además no requiere el uso de fluoroscopia para su implante y si es necesario el explante, en general es técnicamente más sencillo que en los dispositivos intravasculares⁴.

En estos dispositivos el uso del imán para desactivar las terapias es similar a los DAI convencionales. Si el imán está bien colocado sobre el dispositivo, se escucharán pitidos (sincrónicos con la onda R del ECG) aproximadamente un segundo después de aplicar el imán. A partir de ese momento la detección de arritmias está suspendida y el tratamiento con descargas, inhibido⁵. El tratamiento solo se inhibirá (deshabilitará)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

temporalmente durante la aplicación del imán.

En caso de un dispositivo en una ubicación profunda, puede ser difícil escuchar las señales acústicas. Si no se pueden detectar los pitidos, es posible que se deba utilizar el programador para suspender el tratamiento en estos pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) debían ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores. A lo largo del segundo semestre de 2018, un paciente ha debido ser derivado por este motivo.

Se ha elaborado un documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento (se adjunta).

No se ha registrado ninguna complicación perioperatoria en relación al DAI ni a los marcapasos convencionales durante el segundo semestre de 2018 en el hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las intervenciones en pacientes con marcapasos convencional (sin desfibrilador) se pueden llevar a cabo con seguridad en el hospital comarcal

Los pacientes portadores de DAI que deben ser derivados representan una minoría

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/655 ===== ***

Nº de registro: 0655

Título
MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

Autores:
GRADOS SASO DANIEL, ABAD SANZ MARIA, REINOSO RODOLFO EDUARDO, ROJAS FAVIO ANIBAL, ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El desfibrilador automático implantable (DAI) es un dispositivo antiarrítmico, cuya principal función es proteger al paciente de la muerte súbita cardíaca arrítmica, debida a arritmias ventriculares que el aparato puede tratar de manera efectiva.
Los pacientes con cardiopatías, en especial los pacientes que padecen disfunción ventricular izquierda severa, corren el riesgo de sufrir una parada cardíaca a consecuencia de una arritmia ventricular (taquicardia ventricular o fibrilación ventricular). El DAI ha demostrado aumentar la supervivencia de manera significativa cuando se implanta en aquellos pacientes en los que está correctamente indicado, siguiendo las recomendaciones de las guías de práctica clínica. El desfibrilador puede presentar alteraciones en su normal funcionamiento a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0655

1. TÍTULO

MEJORA DE SEGURIDAD EN EL MANEJO PERIOPERATORIO DEL PACIENTE CON DESFIBRILADOR IMPLANTABLE

consecuencia de los efectos de otros dispositivos presentes en el medio hospitalario (interferencias). En el quirófano el electrobisturí puede generar interferencias y ocasionar que el DAI administre terapias y descargas inapropiadas. Es por ello que en este contexto se recomienda desactivar las terapias del desfibrilador y reactivarlas en el posoperatorio.

Cada vez es mayor el número de pacientes portadores de estos dispositivos en nuestro hospital y es también cada vez más frecuente que estos pacientes deban ser sometidos a procedimientos quirúrgicos.

Se han detectado por parte de Anestesiología y Cardiología casos repetidos de pacientes con desfibrilador que se enfrentan a una intervención quirúrgica sin una planificación adecuada previa del manejo de su dispositivo antiarrítmico. Se considera también fundamental aumentar el conocimiento y la concienciación de los profesionales sanitarios en nuestro hospital acerca del DAI y su correcto manejo perioperatorio

RESULTADOS ESPERADOS

Casística: Proyecto dirigido a la atención en el perioperatorio de los pacientes portadores de desfibrilador en el Sector de Barbastro

Resultados:

- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, prevención de complicaciones, mejora de la calidad de vida del paciente
- resultados en gestión: disminución de número de intervenciones pospuestas/demoradas en pacientes con DAI, reducción del número de ingresos por complicaciones, optimización de los recursos aplicados en estos pacientes, disminución del número de interconsultas a cardiología y de pruebas diagnósticas innecesarias
- resultados en los profesionales: aumento del conocimiento de los profesionales sanitarios del desfibrilador, incremento de seguridad y disminución de incertidumbre cuando se atiende a estos pacientes, implicación de diversos profesionales de distintas especialidades, mayor satisfacción en la atención prestada, mejora de la asistencia y control de los pacientes con DAI, continuidad asistencial del paciente

MÉTODO

Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:

- Información a profesionales sanitarios sobre el DAI y la importancia de su adecuado manejo y funcionamiento
- Control de pacientes portadores de DAI que deben ser intervenidos quirúrgicamente
- Creación de un algoritmo de actuación específico por parte de los profesionales sanitarios
- Recomendaciones generales de manejo perioperatorio y específicas en función del tipo de DAI

INDICADORES

Elaboración de documento informativo para profesionales sanitarios sobre del DAI y su funcionamiento

Número de intervenciones quirúrgicas en pacientes portadores de DAI

Número de complicaciones perioperatorias en relación al DAI

DURACIÓN

Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.

Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos

Plan de comunicación con especialidades quirúrgicas

OBSERVACIONES

Los pacientes portadores de DAI propuestos para cualquier tipo de cirugía programada (excepto la cirugía de cataratas) deberán ser derivados directamente a otros centros de referencia que cuenten con un Servicio de Cardiología donde dispongan de medios para la programación de los desfibriladores.

Los pacientes portadores de DAI que se deban intervenir de urgencia serán valorados por el servicio de Anestesiología que decidirá en función del tipo de cirugía.

Se crea una hoja informativa del DAI para profesionales sanitarios

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE DANIEL GRADOS SASO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CARDIOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESCAPA LAPLANA ESTHER
RODRIGUEZ GUALDA CARMEN
REINOSO RODOLFO EDUARDO
PONS MATEO MONSERRAT

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El plan ha consistido en la implementación de una visita basada en citar el mismo día dos pruebas diagnósticas de Cardiología (previamente se citaban en días distintos) con la realización en una única visita de:

- 1) ecocardiograma basal
- 2) ergometría (bien con eco en esfuerzo o bien ergometría convencional y
- 3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.

Un número importante de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio.

El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología.

Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen)

Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

Se trataba de un proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.

Se llevó a cabo la realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital.

Las actividades desarrolladas se fundamentan en, como se ha comentado al inicio:

- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuerzo o bien ergometría convencional y 3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

Se pretendía agilizar el proceso diagnóstico y aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que realizar.

Se ha llevado a cabo una encuesta telefónica en la que se realizaban la siguientes preguntas a algunos pacientes:

- 1-¿Se encuentra bien? (no eventos adversos cardiovasculares)
- 2-Lugar de residencia y tiempo de viaje al hospital
- 3- ¿Cómo evaluaría la atención recibida en términos generales? 1 al 5
- 4- ¿Considera una ventaja la realización de la prueba el mismo día? Del 1 al 5
- 5- ¿no le importaría haber venido otro día? Puntuar del 1 al 5 el inconveniente que supondría haber venido otro día.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Entre los meses de Julio a Diciembre se han realizado un total de 46 visitas con ecocardiograma y prueba de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

detección de isquemia en una visita.

Se han dado 33 altas directas ese mismo día (71% de los pacientes)

No ha habido eventos adversos cardiovasculares en el seguimiento de estos pacientes hasta el momento (0 reingresos hospitalarios por causa cardiovascular, 0 eventos adversos cardiovasculares) (seguimiento hasta 15 de Febrero de 2018)

La encuesta indica una elevada satisfacción de los pacientes (puntuación de 4.8/5 en la evaluación global de la atención recibida (pregunta número 3). Puntuación de 5/5 en la evaluación de la percepción de la ventaja que supone para el paciente realizar las pruebas el mismo día (pregunta 4). El inconveniente que hubiera supuesto venir en dos días distintos es 3.6/5 (pregunta 5). El tiempo de viaje medio hasta el hospital es de 23.3 minutos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La estrategia se ha mostrado segura y eficaz.

El número de visitas que ha tenido que realizar estos pacientes al hospital se ha reducido a la mitad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/898 ===== ***

Nº de registro: 0898

Título
CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Autores:
GRADOS SASO DANIEL, ESCAPA LAPLANA ESTHER, RODRIGUEZ GUALDA CARMEN, REINOSO RODOLFO EDUARDO, ROJAS FAVIO ANIBAL, PONS MATEO MONTSERRAT, ANGULO BALDUZZI GUSTAVO FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema circulatorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un gran número de pacientes son derivados a consulta de Cardiología para estudio de dolor torácico y esto supone una carga de trabajo importante para nuestro servicio. El dolor torácico es un síntoma asociado a patologías potencialmente mortales como la cardiopatía isquémica. En otras ocasiones el dolor torácico tiene orígenes distintos y es necesario en estos pacientes descartar una enfermedad cardíaca como causante de los síntomas. Por ello, un adecuado manejo de esta entidad deberá basarse en una estratificación del riesgo del paciente y en alcanzar un equilibrio entre las pruebas invasivas innecesarias en pacientes de bajo/moderado riesgo (con ahorro de costes y de yatrogenia asociada) y las pruebas imprescindibles para un estudio adecuado y de calidad del paciente que lo precisa, de acuerdo a las guías de práctica clínica de Cardiología. Las pruebas que es preciso solicitar en la mayoría de los casos son en primer lugar, un estudio de imagen cardíaca con ecocardiograma en reposo para descartar la presencia de cardiopatía estructural y en segundo lugar una prueba de detección de isquemia miocárdica (ergometría o prueba de esfuerzo). En función del riesgo del paciente además las guías recomiendan realización de prueba de esfuerzo con imagen en pico de esfuerzo o en postesfuerzo inmediato (ecocardiograma de esfuerzo: sensibilidad del 80-85% y especificidad del 80-88% frente al 40-50% de sensibilidad y 85% de especificidad de la ergometría convencional sin imagen) Las particularidades geográficas de nuestro sector, con una población dispersa hace que los pacientes deban realizar viajes en muchas ocasiones largos para la realización de las pruebas diagnósticas y es preciso reducir el número de visitas en la medida de lo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Proyecto dirigido a la atención de los pacientes con dolor torácico estable en el Sector de Barbastro.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0898

1. TÍTULO

CONSULTA DIAGNOSTICA DE ALTA RESOLUCION EN EL ESTUDIO DEL DOLOR TORACICO

Se pretende realización de ecocardiograma y ergometría en una sola visita al hospital. Comunicación de los resultados al paciente y toma de decisión (alta o solicitud de coronariografía) en la misma visita

MÉTODO

Actividad: las actividades a desarrollar se fundamentan en:

- Realización en una única visita de 1) ecocardiograma basal, 2) ergometría (bien con eco en esfuerzo o bien ergometría convencional y 3) toma de decisión y solicitud de pruebas invasivas si es el caso.
- Permitiría realización de prueba de detección de isquemia con imagen (ecocardiograma de estrés) en los casos que lo precisan (aquellos con una probabilidad pretest de cardiopatía isquémica del 66 al 85%) de acuerdo con las guías de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Número de ecocardiogramas realizados en esta consulta (número de ecocardiogramas que se libera de la lista de ecocardiograma convencional)

Número de días hasta realización de ergometría

Resultados:

- resultados sobre la salud: mejora de la seguridad del paciente, mejora de la calidad de vida del paciente, incremento de la satisfacción y calidad percibida
- resultados en gestión: disminución de número de visitas, reducción del número de ecocardiogramas pendientes. Se estima una reducción de 10-15 ecocardiogramas por semana (40-60 al mes)
- Disminución de la demora en la realización de la prueba de detección de isquemia.
- Resultados en los profesionales: aumento de la satisfacción de los profesionales sanitarios, aumento de eficiencia del trabajo realizado.

DURACIÓN

Inicio proyecto en el segundo semestre 2018.

Plan de comunicación al hospital por medios de difusión internos

OBSERVACIONES

Se pretende agilizar el proceso diagnóstico. Se pretende aumentar la satisfacción de los pacientes, incrementando la comodidad (resolución en una visita al hospital) y reducción del número de desplazamientos que tienen que 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 - 2016/1001

1. TÍTULO

CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO

Fecha de entrada: 05/02/2018

2. RESPONSABLE ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BONED IBOR CARLOS
PINTADO TORRECILLAS MARINA
VALERO ASCASO EVA
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA
SEIRA LLEDOS MARIA PILAR
RODRIGUEZ MAÑAS MARIA MAR
ROLDAN LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Diciembre de 2016, se reúne el grupo de componentes del plan de mejoray se decide el material que ha de haber en cada cajón de los carros de curas, así como en los compartimentos laterales. Se hacen unas hojas (en las que se incluyen fotos indicando el lugar y cantidad de cada material) para que todo el personal, tanto de la planta como eventual, pueda mantener una homogeneidad de reposición.

En Febrero de 2017, tras un mes trabajando con los tres carros de curas, y las hojas que se crearon para reponer los carros, se hacen pequeñas modificaciones en la cantidad de algún material.

Los carros se están reponiendo al final de cada turno y todos los lunes por la mañana, se revisan cada cajon minuciosamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El trabajo de enfermería se ha aliviado gracias a los carros de curas, y el buen mantenimiento que se está llevando a cabo. Especialmente en situaciones no previstas, ya que evita viajes innecesarios. Y por ello menor cansancio del personal.

El que todo el mundo sepa que ha de haber en cada carro, evita que cofusión a la hora de reponer y que todo el mundo encuentre el material rápidamente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todo el personal de enfermería está muy satisfecho con los tres carros de curas y su funcionamiento. Saber donde hay que buscar facilita mucho el trabajo. Al haber estandarizado la reposición evita las perdidas de tiempo buscando material en todos los cajones.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1001 ===== ***

Nº de registro: 1001

Título
MATERIALES QUE INTEGAN LOS CARROS MULTIFUNCION DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO,ASI COMO SU MANTENIMIENTO

Autores:
FRANCES RAMI ESMERALDA, BONED IBOR CARLOS, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, VALERO ASCASO EVA, ROLDAN MORENO LAURA, PINTADO TORRECILLA MARINA, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, RODRIGUEZ MAÑAS MARIA DEL MAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1001

1. TÍTULO

CARROS DE CURAS DE LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU MANTENIMIENTO

PROBLEMA

Dado, que hasta ahora se estaba trabajando con carros simples que se preparaban cada profesional en su turno y dejaba vacío al finalizar la jornada, teniendo en cuenta que trabajamos en turno rotatorio, que somos en plantilla 12 enfermeras y 10 auxiliares de enfermería, y como cada persona cuenta con un criterio puede dificultar el trabajo si no se sigue la misma pauta de orden y mantenimiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la efectividad del trabajo de los equipo de enfermería de la planta de cirugía del hospital de Barbastro.
- Estandarizar el material que ha de formar parte del carro de curras, para que todos los profesionales sepan que hay y donde debe estar.
- Mantener limpio y ordenado el carro multifunción.

MÉTODO

Primera semana de octubre se reúnen los componentes del proyecto del plan de mejora y se consensua el material que podría formar parte de cada cajón del carro multifunción.

Esa misma semana, reunión con los TCAEs de la planta para orientar forma de trabajo, en relación a los carros multifunción y consensuar mantenimiento.

A mediados de noviembre y tras aproximadamente 6 semanas de trabajo con los carros multifunción, los miembros del plan de mejora, se reunirán para valora la idoneidad del material acordado en la primera reunión. Se realizarán los cambios de cantidad o ubicación de material.

Se valorará el funcionamiento de la reposición y limpieza de los carros.

Se creará una hoja de control de cada carro, en la que el responsable del proyecto, la cumplimentará el primer viernes de cada mes par (Cada dos meses) .La hoja estará compuesta por 6 ítems. Si está conseguido el ítem valdrá un punto y si no está bien 0.

Se busca conseguir más del 66% de los ítems

Diciembre: Iniciar control del mantenimiento del carro multifunción.

Abril 2017: Primer corte de indicadores.

Octubre 2017: Segundo corte de indicadores.

Se reunirá el grupo de mejora y valorará los resultados y posibles modificaciones a la vista de los resultados.

Puesta en marcha de las modificaciones si fueran necesarias

Diciembre: Fin del plan de mejora

INDICADORES

- Revisión de los datos obtenidos de la hoja control creada en noviembre de 2016.
- Opinión de los componentes de del plan de mejora obtenido en su uso diario y expresada en las reuniones de grupo

DURACIÓN

Inicio en octubre de 2016 y finalización en diciembre de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE AURORA CARRASQUER PUYAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PALLARES SEGURA JOSE LUIS
ABAD SANZ MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA
HUICI GERMAN ALBERTO
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los meses de junio 2017 a diciembre 2017 se ingresaron 24 pacientes con colecistitis aguda con criterios para la inclusión en el proyecto de tratamiento quirúrgico precoz:

- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin tratamiento anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de vía biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

De estos 24 pacientes se intervinieron de manera preferente durante los 3 primeros días de ingreso a 13 de ellos (54.2%), en quirófano urgente fuera de jornada laboral habitual a 7 de los mismo (53.8% de las intervenciones)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los pacientes intervenidos de manera precoz presentaron una estancia media de 5 días postquirúrgicos, sin requerir reingreso posterior para intervención. Se intervinieron de manera laparoscópica el 92.3% de los pacientes sin incidencias. La mortalidad fue de 0 % y únicamente un paciente (7.7 %) presentó una complicación en forma de fístula postquirúrgica autolimitada.

Aquellos que no se intervinieron de manera precoz presentaron una estancia media de 7 días, con posterior inclusión en lista de espera quirúrgica para colecistectomía electiva. Igualmente no presentaron mortalidad, pero 2 de ellos (18%) requirieron reingresos por el mismo episodio de colecistitis.

Los datos de los pacientes intervenidos fueron recogidos de manera prospectiva y se revisaron las bases de datos de codificación hospitalaria para revisar todos los episodios de ingreso por causa biliar (colecistitis aguda y crónica y coledocolitiasis).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La cirugía precoz de la colecistitis aguda es una cirugía factible y segura que puede completarse por laparoscopia y permite una recuperación correcta del paciente en un único ingreso hospitalario.

Sin embargo la realización de esta cirugía requiere una organización del equipo quirúrgico, anestésico y de enfermería complejo que en ocasiones no permite la realización de la misma. Así se pone de manifiesto dado que el 45.8% de los pacientes que podrían haberse beneficiado de la cirugía precoz no fueron intervenidos.

Al revisar los datos se evidencia que en la mayor parte de los pacientes no intervenidos se trataba de personas ancianas, pluripatológicos y en ocasiones institucionalizados, parámetros no recogidos en los criterios de exclusión, pero a tener en cuenta a la hora de indicar una cirugía urgente.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1771 ===== ***

Nº de registro: 1771

Título
TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA (CA)

Autores:
CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, ABAD SANZ MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA, HUICI GERMAN ALBERTO, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, NAVARRO CASTAÑ HERMINIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La coledocistitis es una de las patologías digestivas más frecuentes en la población y su complicación en forma de CA representa una de las patologías urgentes de mayor prevalencia, con una mortalidad global de en torno al 10%. Hay un claro consenso en todas las vías clínicas recientes de que el mejor manejo de esta patología es la cirugía precoz de la misma mediante colecistectomía laparoscópica. Sin embargo dada la complejidad técnica y organizativa de esta intervención en nuestro centro el manejo habitual de la coledocistitis es mediante tratamiento conservador con ingreso, dieta absoluta, fluidoterapia, antibioterapia, relegando la intervención urgente en aquellos casos que presente mala evolución clínica. En el año 2016 en nuestro centro se atendieron en 102 pacientes con CA sin otra complicación biliar relacionada (pancreatitis, coledocolitiasis, ictericia) de las cuales requirieron reingreso e intervención en un 2º tiempo 88 (86.2 %) de ellos con una estancia media de 4.43 días en el primer ingreso.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo de este proyecto es ofrecer un tratamiento quirúrgico precoz de las CA que cumplan los criterios para la misma, permitiendo una resolución temprana de la patología y en un mismo ingreso. La técnica quirúrgica de elección ha de ser la laparoscópica dado que comporta una menor morbilidad y una recuperación más temprana. La aplicación de este proyecto comportaría:

- Menor tasa de reingreso por un evento similar
- Menor morbilidad
- Menor pérdida de calidad de vida y de productividad laboral
- Minimización del coste sanitario

Este proyecto implica al servicio de Cirugía General (CG), Anestesiología y Enfermería.

Los pacientes que podrían beneficiarse de este proyecto son aquellos pacientes que ingresen con:

- Diagnostico de CA
- Clínica menor de 7 días de evolución
- Sin ttº anticoagulante ni antiagregante
- Sin datos clínicos de sospecha de patología biliar concomitante (dilatación de vía biliar principal, coledocolitiasis, bilirrubina mayor a 3 mg/dL, amilasa elevada 4 veces, enzimas de colestasis elevadas 1,5 veces)
- Aceptación de tratamiento quirúrgico por parte del paciente

Se estima que la población diana podrían ser 30-40 pacientes /año.

MÉTODO

La cirugía precoz de la CA por laparoscopia comporta una dificultad técnica por la cual se precisa la participación de 2 cirujanos. En nuestro centro las intervenciones urgentes las realiza el CG asistido por el ginecólogo de guardia, sin embargo para la aplicación de esta técnica y la resolución de sus posibles complicaciones es necesaria la experiencia y la cooperación de ambos cirujanos.

Igualmente, al tratarse de una patología urgente, se presenta de manera imprevista y se tiene que resolver en partes quirúrgicas no programados, por lo que sobrecarga el quirófano de urgencias.

Por lo tanto para su aplicación es necesario:

- Cooperación de Anestesiología para la realización de las cirugías en parte de Urgencias cuando no fuera posible realizarlo en el quirófano programado habitual.
- Presencia del CG de guardia habitual y un ayudante de CG durante las mañanas o en horas fuera de jornada laboral
- Cooperación de enfermería quirúrgica para la realización de técnica laparoscópica en el quirófano de urgencias.

Por lo tanto ante un paciente con CA se requerirán los siguientes pasos:

- Indicación de cirugía precoz (urgente diferida) de la CA por parte del CG según criterio médico.
- Realización de la intervención en un plazo máximo de 7 días desde el inicio de los síntomas
- Programación de la intervención en quirófano habitual de CG si posible
- En caso de no ser posible se realizará de manera urgente durante las horas fuera del horario laboral siempre que el anestesista de guardia y enfermería quirúrgica dieran su consentimiento por motivos de organización o presión asistencial del quirófano de Urgencias

Los recursos materiales a utilizar son los habituales en una intervención de colecistectomía laparoscópica ya utilizados en nuestro centro.

Los recursos humanos necesarios son:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1771

1. TÍTULO

TRATAMIENTO QUIRURGICO PRECOZ DE LA COLECISTITIS AGUDA

- CG de guardia
- Anestesista de guardia
- Enfermería quirúrgica de urgencias
- CG ayudante disponible

INDICADORES

Los indicadores a utilizar serán:

- % de pacientes con CA intervenidos precozmente sobre el nº total de pacientes con CA ingresadas
- % de cirugías realizadas por laparoscopia
- Días de estancia hospitalaria
- Morbilidad y mortalidad

Los datos se recogerán de manera prospectiva en base de datos de todos los pacientes que ingresen de manera urgente con CA litiasica que entren dentro de los criterios definidos

DURACIÓN

Dos años (Junio 2017-Mayo 2019) en los que se recogerán datos de los pacientes para poder implementar posteriormente el programa de manera rutinaria. Los componentes del equipo de CG serán los encargados de recoger la casuística y datos relacionados. El proyecto se evaluará y comunicará en la Memoria del Sº de CG y Aparato Digestivo del H. de Barbastro y mediante la plataforma así prevista por el SALUD.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ MURO SHEILA
PINTADO TORRECILLA MARINA
TRICAS CRAVER BEGOÑA
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES SONIA
FERRER MATEO SARA
SALAMERO UBIERGO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado la mayoría de las actividades planteadas en el plan de mejora, pero al ser un proyecto de gran envergadura y que requiere una gran revisión de información para que queden todos los puntos bien claros y fundamentados en la mejor practica clínica.
En concreto, ya se ha designado a la persona encargada de dicha consulta (María José Ubierno Mumbiela) por su formación avanzada.
Se ha creado la agenda para poder citar primera consulta, seguimiento y consulta telefónica.
Se están revisando las guías para la educación en el paciente con estoma digestivo (se está en contacto con la enfermera de estomatoterapia del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida para ya que su consulta funciona desde hace años y está dentro del proyecto BPSO.)
Se ha creado una hoja nueva para el control de los estomas ingresados en la planta de cirugía.
Se ha realizado un registro de todos los estomas nuevos que se han realizado en la planta de cirugía durante 2018.
Se va a seguir haciendo en 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Realmente la consulta no se ha podido abrir durante todo el 2018 porque la revisión de las diferentes guías está siendo más exhaustiva de lo que se pensaba en un principio. Este año se pondrá en marcha la consulta y se espera poder completar los indicadores marcados en 2018.
La revisión del plan de cuidados en el post operatorio inmediato ha sido muy útil para las enfermeras de la planta y con la nueva hoja de registro de los estomas queda mucho más claro que dispositivos se han usado en el paciente y ha facilitado mucho la continuidad de cuidados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha medido el numero de nuevos pacientes a los que se les ha realizado un estoma digestivo a lo largo de 2018, realmente ha servido para hacer consciente las cargas de trabajo que se tienen el planta de cirugía y ha quedado patente la necesidad de la puesta en marcha de la consulta. A nivel de planta, se ha facilitado mucho desde que se puso en marcha el nuevo registro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/218 ===== ***

Nº de registro: 0218

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE, LOPEZ MURO SHEILA, PINTADO TORRECILLA MARINA, TRICAS CRAVER BEGOÑA, GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES SONIA, FERRER MATEO SARA, SALAMERO UBIERGO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente ostomizado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.
2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.
3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.
4. Formación y coordinación con AP.

MÉTODO

- Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
- Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
- Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita, etc..
- Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
- Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,....
- Revisión de las guías en el cuidado de estoma y y determinar una guía para la educación de los pacientes.
- Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
- Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
- Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
- Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,.....
- A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
- Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
- Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

- N^a de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.
- N^o de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- N^o de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

DURACIÓN

Marzo-18: Elección del espacio y la profesional

Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)

Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guías, registros y plan de cuidados.

Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.

Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.

Febreo-18: Evaluación del plan de mejora

Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ESMERALDA FRANCES RAMI
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SEIRA LLEDOS MARIA PILAR
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA
GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA
VALERO ASCASO EVA MARIA
LORENTE AIBAR MARIA PILAR
SANTOS BELINCHON CRISTINA
CORTES BORBON LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado todas las actividades que se plantearon en el plan de mejora para 2018. En la primera reunión de los componentes del plan de mejora se decidió trabajar en las recomendaciones de:

- Colectectomía por laparoscopia
- Hemorroidectomía y fisura anal
- Herniorrafia /Eventrorrafia
- Pacientes portadores de drenaje al alta

Tras 3 reuniones y revisar la información encontrada se consensuaron, se generaron las recomendaciones para las patologías escogidas. Las reuniones se desarrollaron entre mayo y septiembre de 2018.

En octubre 2018, fueron revisadas por el jefe de cirugía y en diciembre de 2018 se realizó la sesión informativa al resto enfermeros de la planta.

No se han incluido en el programa del HP-doctor ya que se va a dejar de utilizarse en breve dicho programa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos medido y no se ha conseguido el estándar marcado por dos motivos. El primero, porque se tardó en hacer la sesión informativa al resto de compañeros (Diciembre de 2018) y el segundo problema que se detectó fue los profesionales de enfermería no constaban en la planta correcta (dado el constante cambio de ubicación del personal de enfermería, el programa HP-doctor las ubicaba en el primer servicio que habían trabajado). Nos hemos puesto en contacto con el servicio de informática y se ha ubicado a los profesionales que trabajan actualmente en el servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuamos con dicho proyecto, ya que los dos meses que estamos trabajando con las recomendaciones todos los profesionales están muy satisfechos y se pretende aumentar las recomendaciones al alta de enfermería en cuatro patologías más durante 2019.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/320 ===== ***

Nº de registro: 0320

Título
UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCES RAMI ESMERALDA, SEIRA LLEDOS MARIA PILAR, CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA, GARCIA HIRALDO ISABEL MARIA, VALERO ASCASO EVA MARIA, LORENTE AIBAR MARIA PILAR, SANTOS BELINCHON CRISTINA, CORTES BORBON LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes que precisan intervencion quirurgica programada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Se busca unificar y agilizar el trabajo enfermero

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Consultando la legislación vigente que compete con nuestro trabajo diario de planta, nos encontramos con la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.
Apartado o) El informe clínico de alta siempre que haya hospitalización.

En la planta de cirugía, hay varios procesos que se repiten frecuentemente a lo largo del tiempo, como pueden ser las hernioplastias, colecistectomías por laparoscopia, hemorroidectomías,.....El contar con un documento que de antemano ya enumerara los cuidados básicos que necesita cada proceso, acortaría mucho los tiempos de realizar un informe de cuidados de enfermería al alta y a unificaría el trabajo de las enfermeras en la planta de cirugía.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar las recomendaciones que se dan en el informe de cuidados de enfermería al alta, en las patologías quirúrgicas más frecuentes en la planta de cirugía del Hospital de Barbastro.
Facilitar el trabajo de enfermería, al tener escritos de antemano los consejos en el informe de cuidados de enfermería al alta de los pacientes quirúrgicos.

MÉTODO
Decidir en que procesos quirúrgicos se estandarizan el informe de cuidados de enfermería al alta
Revisión bibliográfica de las últimas recomendaciones, en cada uno de los procesos en los que se decida trabajar por parte del grupo de mejora .
Consensuar con el grupo de participantes que consejos se incluyen en el documento.
Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro incluir dicho consejos, acordados por el grupo de mejora, en el documento.
Realizar charla informativa al resto del personal de enfermería de la planta de cirugía.
Tras la puesta en marcha de los informes de cuidados de enfermería al alta, con los consejos parametrizados, valorar la inclusión de nuevos procesos .

INDICADORES
aumento de un 20% del nº de altas de enfermería en la planta de cirugía durante 2018, en relación al nº de altas de enfermería realizadas en 2017.

DURACIÓN
Febrero de 2018: Constitución del grupo de trabajo para realizar la parametrización del informe de cuidados de enfermería al alta. Inicio de la revisión bibliográfica en relación a los consejos que se dan a los pacientes.

Abril de 2018: Juntar todas las revisiones encontradas y acordar que consejos se incluyen para cada proceso .

Mayo de 2018: Junto con el servicio de informática del Hospital de Barbastro. Generar los archivos en HP- doctor para que todos los profesionales de enfermería puedan utilizarlo en la práctica diaria.

Junio de 2018: Charla informativa al resto de los profesionales de enfermería de la planta de cirugía para dar a conocer el contenido de las nuevas altas.

Julio de 2018 : Hacer un corte para valorar o no el aumento de las altas de enfermería en relación a las que se habían hecho en ese mismo periodo el año anterior.

Noviembre de 2018 hacer un segundo corte para valorar nº de altas realizadas. Valoración de los resultados obtenidos.

Diciembre de 2018: Valorar la inclusión de nuevos procesos quirúrgicos en las altas de enfermería.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0320

1. TÍTULO

UNIFICACION DE LAS RECOMENDACIONES QUE SE DAN EN EL ALTA DE ENFERMERIA, EN LAS PATOLOGIAS QUIRURGICAS MAS FRECUENTES EN LA PLANTA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 17/01/2020

2. RESPONSABLE ESTIBALIZ ECHAZARRETA GALLEGO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CARRASQUER PUYAL AURORA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO
LATRE SASO CRISTINA
URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE
ARANA LENIS MARIA CONSTANZA
FRANCES RAMI ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de guías clínicas existentes en relación a protocolos de Recuperación Intensificada)
- Estudio poblacional y adaptación de medidas de las vías de recuperación intensificada publicadas hasta el momento a recursos y población local

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración de vía clínica para el manejo en planta de cirugía de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal
- Establecimiento de consenso sobre ítems intraoperatorio (anestésicos y quirúrgicos) a incluir en el programa del hospital.
- Difusión de la relevancia de los programas de rehabilitación multimodal entre personal de enfermería de planta de hospitalización y quirófono en sesión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este proyecto continuará en marcha durante el año 2020, puesto que aún queda pendiente su desarrollo pleno en planta de cirugía tras la implantación de herramienta de prescripción electrónica Pharmatools y análisis posterior.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/365 ===== ***

Nº de registro: 0365

Título
IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ECHAZARRETA GALLEGO ESTIBALIZ, CARRASQUER PUYAL AURORA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, CARRASQUER SESE JOSE ANTONIO, LATRE SASO CRISTINA, URRESTARAZU ESPORRIN NEKANE, ARANA LENIS MARIA CONSTANZA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La cirugía del cáncer colorrectal se asocia con una alta tasa de eventos adversos, hasta un 30% según las series. Las complicaciones derivadas de la intervención dependen del acto quirúrgico, el estado basal del paciente y la propia patología. La agresión perioperatoria implica la puesta en marcha de una respuesta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

inmunitaria y endocrina con liberación de citocinas y mediadores de la inflamación que puede convertirse en patológica conllevando una disfunción orgánica. Los programas de recuperación intensificada ERAS son un conjunto de cuidados para pacientes quirúrgicos, basados en la evidencia, que tienen como objetivo disminuir este estrés generado en torno al proceso operatorio. La implementación de estas prácticas de manejo perioperatorio han supuesto una revolución en el campo de la cirugía, y se sustentan en la aplicación de un paquete de medidas de una manera multidisciplinar por los profesionales involucrados y fomentando la implicación activa del paciente en todo el proceso.

Actualmente en el Servicio de Cirugía del hospital de Barbastro se llevan a cabo anualmente alrededor de 80 cirugías de colon resectivas, por lo que siendo una patología de alta prevalencia resulta necesario adecuar y consensuar interdisciplinariamente un protocolo de manejo perioperatorio basado en la evidencia actual.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implementar programa de cirugía de recuperación intensificada en cirugía colorrectal en el Hospital de Barbastro.
- Reducir la estancia media hospitalaria tras cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.
- Reducir las complicaciones globales en cirugía colorrectal respecto a cohorte histórica.

MÉTODO

Ítems del protocolo de rehabilitación multimodal:

Preoperatorio:

- Información al paciente preoperatorio completa oral y escrita sobre el proceso al que va a ser sometido individualizada y adaptada.
- Optimización preoperatoria: identificación del paciente de riesgo en el periodo preoperatorio, de manera que los eventos detectados se optimicen en esta etapa.
- Ingesta de líquidos claros hasta 2 horas antes de intervención quirúrgica.

Intraoperatorio:

- Evitar empleo de premedicación anestésica.
- Abordaje quirúrgico laparoscópico prioritario.
- Profilaxis de náuseas y vómitos en función del riesgo estimado individualizado.
- Prevención hipotermia.
- Evitar uso de sonda nasogástrica (SNG).
- Evitar empleo de drenaje intraabdominal.
- Analgesia epidural/bloqueo plano transversal: analgesia epidural dentro de una analgesia combinada en toda cirugía abierta.
- Fluidoterapia intraoperatoria guiada por objetivos evitando la sobrecarga hídrica, con un mantenimiento de los siguientes valores: cirugía laparoscópica 1-3 ml/kg/h o cirugía abierta 5-7 ml/kg/h.
- Hiperoxigenación intraoperatoria con FiO₂ superior a 50%.
- Empleo de anestésicos de acción corta en inducción y mantenimiento.

Postoperatorio

- Nutrición precoz: inicio de la ingesta las primeras 24 horas postoperatorias.
- Movilización temprana: movilización en las primeras 24 horas postquirúrgicas.
- Incentivador respiratorio/fisioterapia preoperatoria y postoperatoria combinados con ejercicios de respiración profunda, tos dirigida y movilización precoz.
- Retirada precoz de sonda vesical: en los casos en los que sea necesario su colocación, retirada en las primeras 24 horas tras la cirugía.

INDICADORES

- Nº ítems del protocolo cumplidos /paciente ingresado.
- Porcentaje global de adherencia al protocolo.
- Porcentaje de cumplimiento por grupos de edad.
- Estancia media hospitalaria pacientes incluidos en protocolo/estancia media pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017- 2018.
- Complicaciones globales pacientes incluidos en protocolo/complicaciones globales pacientes sometidos a cirugía colorrectal años 2017-2018.
- Encuesta satisfacción del paciente.
- Evaluación de dificultades surgidas en el desarrollo del proyecto y pautas de mejora.

DURACIÓN

- Febrero-Marzo 2019: elaboración de protocolos de manejo y consenso en torno a los mismos.
- Abril 2019: comunicación y formación del personal implicado sobre los nuevos protocolos.
- Abril-Mayo 2019: puesta en marcha del proyecto.
- Septiembre 2019: reunión evaluación: dificultades en la implantación, mejoras aplicables.
- Noviembre 2019: evaluación de resultados de 6 meses de evaluación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0365

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA DE RECUPERACION INTENSIFICADA EN CIRUGIA COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

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 - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ADRIAN ROCHE ALBERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALARCON FERNANDO ESTEBAN
CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS
BLANCO BAIGES EDUARDO
ALONSO AYERBE LAURA
HUICI GERMAN ALBERTO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha seguido el calendario indicado en la solicitud. En una primera fase se ha creado el grupo de mejora. Se ha realizado una importante labor de formación de todo el personal implicado en el proceso. En este sentido se han realizado los siguientes cursos:

"Curso Actualización de en el manejo del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología". Acreditado con 1,8 créditos. Barbastro, 9-11/05/2016. Exp 02-0010-06/0140-A

2º edición del "Curso de Actualización de en el manejo del paciente en una unidad de hospitalización de cirugía ortopédica y traumatología". Acreditado con 1,8 créditos. Barbastro, 19-21/09/2016. Exp 02-0010-06/0140-A

"Curso Actualización en técnicas y patología traumática básica". 2,6 créditos. 12 horas. 1,2 marzo 2017 (02-0010-06/0207-A).

"Curso de Actualización en técnicas y patología traumatológica en Atención Primaria". Barbastro, 13 y 14 de diciembre de 2016. 2,6 créditos (02-0010-06/0200-A)

"Curso Instrumental quirúrgico de osteosíntesis en traumatología" (SBA-0756/2016), Barbastro, 12/12/2016. 1,2 créditos

"Curso-Taller Inmovilizaciones y vendajes funcionales" (exp 02-0010-06-0194A). Barbastro 7 y 9 de noviembre de 2016. 2 créditos. BA-0624/2016.

2ª edición del "Curso-Taller Inmovilizaciones y vendajes funcionales" (exp 02-0010-06-0194B). Barbastro 30 y 31 de enero de 2017. 2 créditos. BA-0007/2017.

Entre los meses de octubre y diciembre se ha implementado el proyecto y se han estudiado los resultados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los cursos de formación y las sesiones clínicas han permitido estandarizar el proceso, y llegar a acuerdos y pautas claras para el manejo de los pacientes de edad avanzada con fractura de cadera.

Desde que el paciente llega a urgencias y es diagnosticado se inicia el protocolo para planificar la intervención. Se estudia el estado general, se estabilizan las enfermedades crónicas, se tratan los problemas de salud agudos, y se deja al paciente en dieta absoluta y sin heparina hasta tener claro la posibilidad de intervención quirúrgica. Durante el ingreso, se siguen en gran medida las pautas descritas, pautando la heparina a las 21:00, todo ello con el objetivo de realizar la intervención en las mejores condiciones y lo antes posible, disminuyendo la comorbilidad asociada al retraso en el tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

La disminución del tiempo de espera en fracturas pertrocantéreas ha sido de 2,3 días de media, destacando que el 67% de los pacientes se han intervenido durante las primeras 24h del ingreso.

En el caso de la fractura intracapsular de cadera, el tiempo medio para la intervención ha disminuido 1,3 días. Se trata de una mejora del tiempo prequirúrgico inferior debido a que este tipo de fracturas requieren mayores recursos de personal, por lo que no se pueden realizar durante la guardia. En todo caso, el 85% de los pacientes se han intervenido antes de las 48 horas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración global ha sido muy buena.

El esfuerzo realizado para unificar criterios entre los diferentes servicios implicados era necesario y ha permitido mejorar el manejo de estos pacientes.

La labor docente realizada, con los cursos y sesiones impartidas, ha sido reconocida tanto por los profesionales implicados directamente en el proceso como por aquéllos que participan esporádicamente, como en

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

el ámbito de la atención primaria.

Hemos constatado, tal y como se avala en la literatura, que la optimización del proceso de fractura de cadera mejora los indicadores del ingreso del paciente y disminuye la mortalidad del paciente durante el primer año.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/482 ===== ***

Nº de registro: 0482

Título
MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

Autores:
ROCHE ALBERO ADRIAN, ALARCON FERNANDO ESTEBAN, CALVO DE MORA REBOLLO MARIA JESUS, BLANCO BAIGES EDUARDO, ALONSO AYERBE LAURA, EITO CUELLO JUAN JOSE, HUICI GERMAN ALBERTO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La fractura de cadera del anciano tiene una alta prevalencia en la población y se observa un aumento de incidencia en los últimos años. Representa un importante peso de la actividad quirúrgica y de hospitalización del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Según los estudios, el 24% de pacientes que sufren una fractura de cadera fallecen en el primer año tras la fractura. Menos del 30% recuperan su situación funcional previa a la fractura. La mayoría de los que superan el ingreso hospitalario necesitan ayuda para las actividades de la vida cotidiana, de ellos uno de cada cuatro precisan seguir cuidados en un centro de larga estancia o residencia. Esta patología supone un reto de salud pública por su volumen e impacto en la salud. Se ha demostrado que la optimización de la estancia hospitalaria, particularmente la realización de la cirugía en las primeras 24-48 horas y la deambulacion precoz son claves para la recuperacion funcional de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del proyecto es optimizar el proceso de fractura de cadera en el anciano acortando el tiempo prequirúrgico. Paralelamente se pretende disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, las comorbilidades asociadas y mejorar el estado funcional del paciente al alta hospitalaria.

MÉTODO

Se pretende actuar a varios niveles del proceso de hospitalización para acortar el tiempo prequirúrgico. Desde Urgencias se protocolizará la asistencia para que cada paciente tenga el preoperatorio completo desde el diagnóstico. Se protocolizará la pauta de heparina y fármacos antiagregantes y anticoagulantes para que no retrasen la intervención. Se iniciarán los tratamientos pertinentes. Así mismo se priorizará la asignación de cama hospitalaria a los pacientes candidatos a cirugía en las primeras 24 horas. Por parte de Anestesia se pretende valorar al paciente al ingreso para optimizar sus enfermedades crónicas previas y planificar la cirugía lo antes posible. En la planta de hospitalización se controlarán las pautas establecidas para estos pacientes y se controlará el correcto estado del paciente antes y después de la intervención. Traumatología coordinará el proceso en su conjunto con idea de realizar al intervención en las primeras 24-48 horas en los casos en que sea posible. El Servicio de Geriátria contribuirá al correcto estado del paciente, la optimización de las enfermedades crónicas y el tratamiento de las posibles comorbilidades.

INDICADORES

El indicador principal será el tiempo preoperatorio, monitorizando el número de pacientes intervenidos en las primeras 24 y 48 horas. Se monitorizará también la estancia hospitalaria, el tipo de fractura, datos epidemiológicos (edad, estado

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0482

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL EN LA HOSPITALIZACION DE LA FRACTURA DE CADERA EN EL ANCIANO

funcional previo y posterior, enfermedades asociadas, etc) y la supervivencia

DURACIÓN

De enero a junio de 2016 se han realizado los contactos pertinentes para formar el equipo de mejora. Se ha sensibilizado a los agentes implicados en la necesidad de mejorar el proceso. Se ha establecido la comunicación entre los servicios implicados para definir objetivos, identificar problemas y buscar soluciones.

Septiembre: Sesiones clínicas interdisciplinarias para exponer las pautas acordadas y buscar un protocolo común.

Octubre: elaboración y puesta en marcha de las acciones pactadas. Identificación de problemas y búsqueda de soluciones.

Octubre, noviembre y diciembre: ejecución de las pautas acordadas y monitorización del proceso

Enero de 2017: estudio y análisis de datos

OBSERVACIONES

Se van a realizar reuniones mensuales para valorar el proceso e implementar mejoras viendo los resultados intermedios y valorando la opinión de los agentes implicados

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Fecha de entrada: 12/03/2019

2. RESPONSABLE LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUYAL MELE ANA
CAMPO SIN ALICIA
PUY FORADADA JOSEFA
GARCIA CLAU SUSANA
BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL
SATUE ARMENGOL OLIVIA
GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La situación que nos encontramos al inicio del proyecto de mejora, es que en nuestro centro se utilizan de forma generalizada sistemas abiertos tipo llave de tres vías y válvulas bidireccionales, para el acceso al catéter ya sea para la administración de medicación e infusiones intravenosas o extracción de muestras sanguíneas. Durante el año 2018 se registraron en el servicio de prevención de riesgos laborales de nuestro sector, un total de 46 accidentes biológicos, de los cuales sólo 18 fueron a causa de pinchazos accidentales con agujas. Durante el mes de Mayo de 2018 se llevaron a cabo varios talleres para conocer el manejo y uso de los conectores cerrados. Estos talleres fueron impartidos por parte del comercial del material adjudicatario. Se realizaron varias sesiones formativas, para las supervisoras de las diferentes unidades y también para todo el personal del hospital que fueron bajando al aula de forma paulatina a lo largo de toda una mañana. Recientemente se volvieron a repetir dichas sesiones formativas en el mes de Febrero de 2019 para refuerzo de conocimientos ante la proximidad de la sustitución de los sistemas abiertos actuales por los sistemas cerrados. En el servicio de UCI por sus características especiales y el uso de diferente material que el resto de las unidades de hospitalización, si que se ha comenzado con la implantación de los sistemas cerrados, aunque con retraso debido a la dificultad para disponer de material adjudicado. En dicho servicio se esta elaborado un póster para unificar criterios en el correcto manejo y montaje de las diferentes necesidades de uso que tienen, según el acceso ya sea venoso o arterial y la utilización de las diferentes luces. También se está realizando un "Manual de montaje y preparación para las diferentes técnicas especiales en UCI" destinado a dar a conocer el material necesario para cada situación, tanto para el personal de enfermería actual el de nueva incorporación y para que el personal auxiliar en cuidados de enfermería sepa en cada momento que debe de preparar. Por el momento no se han podido realizar más actividades de las programadas, ya que por problemas con la distribución y aprovisionamiento, estamos a expensas de que se distribuyan los sistemas cerrados en el hospital en sus distintas modalidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En cuanto a los resultados, al estar en espera de la implantación generalizada, no se pueden presentar en su totalidad. Respecto a la implantación, por el momento se ha implantado su uso únicamente en la UCI. La formación se ha realizado a todo el personal por medio de los talleres realizados. Cuando se realice la implantación en las unidades se realizará un refuerzo en el uso y manejo de los dispositivos así como la distribución de póster explicativos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En espera de resultados definitivos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/232 ===== ***

Nº de registro: 0232

Título
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO D4EL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Autores:
ALONSO AYERBE LAURA, PUYAL MELE ANA, CAMPO SIN ALICIA, PUY FORADADA JOSEFA, GARCIA CLAU SUSANA, BALLARIN GIMENEZ MARIA ISABEL, SATUE ARMENGOL OLIVIA, GRAU SANZ MARIA SOLEDAD

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Engloba a todos los pacientes ingresados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Asistencial y Seguridad del trabajador

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La protección y seguridad para el trabajador, inoculación accidental, es una de nuestras áreas de mejora. Ya en noviembre de 2008 distintas organizaciones europeas comunicaron a la Comisión Europea su deseo de entablar negociaciones, con arreglo al artículo 138, apartado 4, y el artículo 139 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, con objeto de celebrar un Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. En el mes de julio de 2009 los interlocutores sociales europeos firmaron el texto del Acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. Con posterioridad se han aplicado otras directivas respecto a la utilización de objetos punzantes o cortantes; como la directiva 2010/32/UE del consejo, de 10 de mayo de 2010, que aplica el acuerdo marco para la prevención de las lesiones causadas por instrumentos cortantes y punzantes en el sector hospitalario y sanitario. La Orden ESS/1451/2013, de 29 de Julio. Trasposición al ordenamiento jurídico nacional de la Directiva europea. La guía de Bioseguridad para los profesionales sanitarios, publicada 31 de Agosto 2015 por el ministerio de Sanidad. Una de las medidas para evitar estos accidentes es el uso de sistemas de conectores cerrados sin agujas. Por otro lado la disminución de las infecciones del torrente sanguíneo relacionadas con el catéter (CRBSI) Según la GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA LA PREVENCION DE INFECCIONES RELACIONADAS CON EL CATETER INTRAVASCULAR (Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011 CDC) Las válvulas para la inyección de medicamentos, administración de infusiones intravenosas y recolección de muestras de sangre representan una posible puerta de entrada para los microorganismos en el acceso vascular de catéteres, estas válvulas deben taparse cuando no se usan. En general, los sistemas de acceso de catéter cerrado se asocian a menos CRBSI que los sistemas abiertos, y debieran usarse preferentemente. El uso de los conectores de catéteres o válvulas mecánicas parece ser más eficaz, para reducir la colonización del conector, que las llaves de paso y tapas. La recomendación de los fabricantes de este tipo de conectores es que deben usarse los desinfectantes apropiados para evitar la transmisión de microbios a través de los conectores. La limpieza de estos conectores con una gasa impregnada en solución antiséptica es fácil, pero el exceso de trabajo y la falta de información podrían impedir el correcto funcionamiento de estos dispositivos. La implantación del uso de conectores cerrados sin agujas en todo el hospital así como su correcto uso es el fundamento de este proyecto de mejora.

RESULTADOS ESPERADOS

- Implantar en todo el Hospital el uso de conectores libres de agujas
- Formación a todo el personal implicado en su uso correcto
- Disminuir el número de accidentes por instrumentos cortantes y punzantes

MÉTODO

- ? -Análisis de la situación Abril 2018
- ? -Recoger datos previos sobre inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de salud Laboral .Abril 2018
- ? -Formación a todo el personal relacionado con el uso de conectores libres de agujas (indicaciones, uso correcto, desinfección) mediante talleres realizados por el especialista en producto de las casas comerciales adjudicatarias. Mayo 2018
- ? -Refuerzo en la práctica diaria, del uso de estos dispositivos, en las diferentes unidades por los componentes del grupo de mejora. Mayo 2018
- ? -Elaboración de un póster para el correcto manejo de los dispositivos se colocaran en los cuartos de medicación de las plantas quirófanos urgencias CMA, radiología, Hospitales de Día, farmacia. Junio 2018
- ? -Implantación del uso de los dispositivos libres de agujas Mayo-Junio 2018
- ? -Diseño de un cuestionario para personal sobre el manejo de los dispositivos para evaluación de conocimientos y satisfacción. Junio2018
- ? -Se realizaran 2 cortes presenciales en todos los servicios donde se ha implantado el dispositivo, para realizar el seguimiento del correcto uso de los dispositivos. Septiembre y Diciembre 2018.
- ? -Recogida de datos tras la implantación de las inoculaciones accidentales Consulta al Servicio de Salud Laboral y análisis comparativo. Enfermera salud Laboral. Diciembre 2018
- ? -Análisis de resultados y diseño de acciones de mejora Febrero 2019
- ? -Difusión de los resultados Febrero 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0232

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DEL USO DE SISTEMAS CERRADOS LIBRES DE AGUJAS

INDICADORES

- ? -Porcentaje de Unidades en las que se ha implantado el uso de sistemas de conectores cerrados. Resultado 100%
? -Enfermeras formadas en el uso de los conectores/total enfermeras usan estos dispositivos. Resultado= 90%

DURACIÓN

La duración y fechas previstas para llevar a cabo cada actividad están detalladas junto con las actividades propuestas en el apartado correspondiente a las mismas.

La duración del proyecto desde Abril del 2018 a Febrero 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 - 2019/1038

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA ALONSO AYERBE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARRAMONA PUEYO CRISTINA
CAUDEVILLA ARNALDA ISABEL
SAMITIER DIAGO SILVIA
BORRELL BORRELL EVA
GARCES BIELSA SONIA
SATUE ARMENGOL OLIVIA
FUMANAL GRASA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Respecto a las actividades realizadas, se han llevado a cabo las siguientes acciones:

*Se han realizado sesiones clínicas a las que asistieron tanto el personal tanto diplomados en enfermería como auxiliares de enfermería adscrito a la planta, como personal eventual y de refuerzo. En dichas sesiones se reforzaron conocimientos de las siguientes áreas en relación al tema a tratar:

- Recuerdo anatómico de la articulación de la cadera
- Clasificación de las fracturas respecto a la localización de las mismas
- La cirugía y material de osteosíntesis dependiendo del tipo de fractura.
- La tracción cutánea; concepto e indicaciones.
- Aseo y movilización del paciente con tracción cutánea, clavo gamma y prótesis parcial de cadera.
- La prótesis total de cadera y sus indicaciones.
- Abordajes quirúrgicos; tipos y relación con la movilización posterior del paciente.
- Aseo del paciente con PTC
- Movilización del paciente con PTC.
- Normas posturales del paciente con PTC
- Luxación de la PTC; causas y prevención.
- Manejo de la órtesis.

*Se han elaborado posters que están colocados en el control de la unidad en los que aparece de forma gráfica y con fotografías realizadas en el servicio por el propio personal, en los que aparecen descritas las pautas a seguir con los pacientes con fractura de cadera o PTC, siempre teniendo en cuenta el tipo de osteosíntesis.

*Del mismo modo hemos realizado un tríptico informativo para entregar a los pacientes y familiares intervenidos de PTC, en los que aparecen ejercicios de realización temprana y más tardía a realizar por el paciente, así como pautas para sentarse, levantarse de la cama, uso de muletas, subir y bajar escaleras, salir del coche, etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todo el personal de la planta ha asistido a las sesiones, también se ha dejado el material didáctico en la planta para que el personal pueda consultarlo. El resultado en este sentido, ha sido tan satisfactorio que se repetirán dichas sesiones de forma periódica cuando haya rotación del personal de la unidad.

Los pósters al estar expuestos en el control de la unidad y en un lugar visible sirven de consulta y refuerzo al personal de la unidad y sobre todo resultando especialmente útiles al personal eventual y de refuerzo ocasional que es destinado a la planta.

Respecto a los trípticos informativos, se entregan de forma puntual a los pacientes o familiares en los casos de intervención de prótesis total de cadera. Son entregados por la enfermera responsable del paciente o en algunos casos por el propio facultativo en la primera visita al paciente tras la cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto de mejora ha sido muy bien valorada por los miembros del equipo; el enfrentarse a una exposición de conocimientos en público supone un reto y estímulo para los ponentes y es una motivación para el estudio e investigación. Siendo así, que surgieron peticiones de realización de sesiones clínicas de distintos procedimientos y temas de interés en nuestro servicio. De la misma manera se ha fomentado el trabajo en equipo a la hora de poner en común experiencias, dudas y vivencias que tienen que ver con el trabajo cotidiano.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1038

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1038

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

***** ***

Nº de registro: 1038

Título
MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PROTESIS TOTAL DE CADERA

Autores:
ALONSO AYERBE LAURA, LARRAMONA PUEYO CRISTINA, CADEVILLA ARNALDA ISABEL, SAMITIER DIAGO SILVIA, BORRELL BORRELL EVA, GARCES BIELSA SONIA, SATUE ARMENGOL OLIVIA, FUMANAL GRASA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La fractura de cadera tiene una alta prevalencia en la población. Representa un importante porcentaje en la actividad quirúrgica y de la hospitalización en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. A su vez la coxartrosis es una patología muy frecuente que deriva en una artroplastia total de cadera, lo que supone una fracción importante en la actividad quirúrgica de nuestro servicio. Ambos procesos quirúrgicos presentan peculiaridades a la hora de realizar la movilización de los pacientes para el aseo, así como los ejercicios inmediatos postoperatorios que pueden realizar de forma autónoma para mejorar el estado circulatorio a nivel periférico y el tono muscular. Sin olvidar los movimientos que hay que evitar para evitar la luxación de la cadera y que tanto el paciente como el personal debe de conocer. La continua rotación y cambio del personal de la unidad, hace necesaria una continua actualización de conocimientos para el buen control asistencial de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS
- Actualizar conocimientos del personal de la unidad de hospitalización de Traumatología en especial en las patologías enunciadas.
- Mejorar el estado funcional del paciente al alta y su autonomía en domicilio.
- Reducir comorbilidades y posibles complicaciones inmediatas.
- Reforzar conocimientos a cuidadores y familiares en el manejo extrahospitalario de estos pacientes al alta.

MÉTODO
- Realizar sesiones clínicas seriadas para favorecer la asistencia del personal adscrito a la unidad, así como el personal de refuerzo habitual.
- Elaboración de un póster las pautas específicas de movilización en dependencia del tipo de osteosíntesis utilizada.
- Elaboración e implantación de un tríptico informativo para entregar a los pacientes y familiares, con las pautas de movilización y tipos de ejercicios a realizar.

INDICADORES
- El 100% del personal adscrito a la unidad asistirá a las sesiones informativas.
- El 100% de los pacientes intervenidos de PTC se les entregará el díptico informativo.

DURACIÓN
- Entre el mes de Marzo y Junio, se elaborará el póster y se presentará al personal de la unidad.
- En el mismo periodo se elaborará e implantará el díptico informativo y se comenzará a distribuir a los pacientes con PTC.
- Se realizarán sesiones en el mes de Mayo y otra en Octubre para favorecer la asistencia .
- Enero 2020; análisis y presentación de los resultados.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1038

1. TÍTULO

MEJORA EN EL MANEJO Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE INTERVENIDO DE FRACTURA DE CADERA Y PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente.

Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.

Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB).

De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas.

En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patergia. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales.

De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación.

Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa.

Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agenda específica creada.

Grupo de trabajo activo.

3 sesiones clínicas realizadas

872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales.

Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134.

TOTAL: 1025.

También se ha registrado el número de toxicidades (1662).

(Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalente, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos.

Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos.

Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialidades médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden.

Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada
Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica
El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UGC DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

INDICADORES

INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

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 - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 04/03/2019

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2018, se ha creado una agenda específica de enfermería para desarrollar, entre otras, atención a los pacientes con Artritis Reumatoide y Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos registrado el número de tratamientos totales que hemos administrado en Hospital de Día Médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que han quedado además registradas en la historia clínica de cada paciente. No podemos saber aún si se ha reducido el número de toxicidades puesto que en el año anterior no disponíamos aún de esta consulta. Está previsto poder hacer esa comparación al año siguiente. Así mismo, también hemos registrado las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control del tratamiento recibido en HDía, y también de las llamadas que han cursado los pacientes para preguntar dudas. Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos. Respecto a la Artritis Reumatoide, hemos creado un grupo de trabajo para el control del uso racional del tratamiento biológico (en adelante, TB). De manera paralela, hemos creado otro grupo de trabajo para el mismo objetivo en la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. Tenemos abierta una agenda en HIS de enfermería que seguirá, entre otros, un protocolo de actuación en primera visita de AR y también en visitas sucesivas. En el proyecto de continuidad que realizaremos en 2019, tenemos previsto pasar una encuesta de satisfacción a pacientes y/o familiares, de manera similar a la que ya pasamos para el análisis de la patología. En el proyecto de continuidad, también se incluye el informe de continuidad de cuidados específicos dirigido al mantenimiento de una comunicación fluida y permanente entre niveles asistenciales. De manera aún incipiente, se ha creado un grupo multidisciplinar, que incluye varias especialidades médicas (farmacia, digestivo, reumatología y dermatología) y personal de enfermería, para la gestión del conocimiento adquirido, y dicho grupo está recabando información para confeccionar las bases de datos para su posterior explotación. Respecto a la formación continuada, varios profesionales sanitarios han realizado un curso sobre tratamientos biológicos en consulta externa. Se han registrado un mínimo de 3 sesiones clínicas interdisciplinarias para poner en común casos complejos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Agenda específica creada. Grupo de trabajo activo. 3 sesiones clínicas realizadas 872 pacientes nuevos en 2018. 1003 valoraciones de adherencia al tratamiento y educación sanitaria. Además, hay 663 consultas telefónicas relacionadas y 195 valoraciones nutricionales. Tratamientos administrados: Reumatología 377; Digestivo 171; Neurología 332; Dermatología 11; Endocrinología 134. TOTAL: 1025. También se ha registrado el número de toxicidades (1662). (Actualmente, estamos en la fase de extracción y análisis de datos.)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha logrado crear una unidad específica para el control del tratamiento biológico de varias enfermedades crónicas, entre las que destacan dos importantes, tanto por su relevancia clínica como por su prevalencia, que son la Artritis Reumatoide y la Enfermedad Inflamatoria Intestinal. En dicha unidad, se contempla un organigrama global desde el diagnóstico de la enfermedad, las visitas médicas, las visitas a enfermería, las pautas de tratamiento, y el control posterior de estos enfermos. Es importante reseñar que esta unidad está abierta a seguir estos mismos protocolos con otras patologías médicas crónicas, como psoriasis, oftalmopatías, endocrinopatías, etc, a los que actualmente ya estamos administrando dichos tratamientos biológicos. Esta unidad integra el funcionamiento y la asistencia prestada por 6 especialidades médicas, siempre obteniendo un mayor beneficio tanto para pacientes como para profesionales que los atienden. Creemos necesario continuar con el proyecto en 2019 con los mismos objetivos, para así consolidar las actividades e implantar nuevas acciones de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto sociosanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS
los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,
- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada
Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO
Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:
- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica
El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES
INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería
con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HdDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

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 - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. CONSULTAS EXTERNAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LOPEZ MURO SHEILA
PINTADO TORRECILLA MARINA
TRICAS CRAVER BEGOÑA
GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ
LAVIÑA LARDIES SONIA
FERRER MATEO SARA
SALAMERO UBIERGO GEMMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elegido el lugar de la consulta que será la consulta de Enfermería
La persona elegida será la enfermera de la consulta de Cirugía
Horario: tardes para no interferir en el trabajo habitual y la agenda será a demanda hasta establecer unos criterios.
Se ha realizado una revisión de las hojas de registro de los pacientes ingresados y ha sido autorizada por la Comisión de Historias clínicas.
También se ha revisado el plan de cuidados del paciente ostomizado.
Se citarán los pacientes a través de Enfermería mediante un e-mail que llegará a Admisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha creado una agenda y se están viendo pacientes que se localizan actualmente en la consulta de Cirugía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto tiene mucho futuro porque cada día se realizan más estomas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/218 ===== ***

Nº de registro: 0218

Título
CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUNBIELA MARIA JOSE, LOPEZ MURO SHEILA, PINTADO TORRECILLA MARINA, TRICAS CRAVER BEGOÑA, GONZALEZ PELEGRIN BEATRIZ, LAVIÑA LARDIES SONIA, FERRER MATEO SARA, SALAMERO UBIERGO GEMMA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente ostomizado
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El aumento del número de pacientes portadores de estomas en los últimos años, ha generado la necesidad de crear un plan de actuación específico.

La instauración de una estoma produce una serie de reacciones en el paciente que comportan cambios importantes en su vida cotidiana, que conllevan alteraciones biológicas (cambios higiénicos, dietéticos, ritmo intestinal), cambios psicológicos (afectación de la propia imagen, autoestima) y sociales (dificultad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

integración y reinserción) por eso es importante acompañar durante todo el proceso a este tipo de usuarios para ayudarles adaptarse a esta nueva situación.

Ha quedado demostrado en diferentes estudios que la atención coordinada de enfermería entre los diversos niveles asistenciales mejora la adaptación y manejo de esta nueva situación por parte del paciente y/o cuidadores. Una ostomía es un largo proceso que comienza antes de la intervención quirúrgica y continúa hasta después de que las heridas han cicatrizado.

Ayudar a desarrollar esta capacidad de auto cuidado será primordial para que estos usuarios tengan mejores resultados en salud.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Crear una consulta de enfermería de estomaterapia para el control del paciente ostomizado en el Sector de Barbastro.
2. Establecer los criterios de derivación y / o inclusión a la consulta de enfermería de estomaterapia.
3. Revisión de los registros de enfermería hospitalarios que se realizan en los pacientes portadores de estoma.
4. Formación y coordinación con AP.

MÉTODO

- Elección de un espacio donde se pueda visitar a los pacientes con estoma.
- Elección de una enfermera para desarrollar la consulta de estomaterapia.
- Crear una agenda para poder citar a los pacientes. Determinar que días se pasa consulta, cuanto tiempo se precisa para cada cita, etc..
- Crear una derivación en OMI (como proceso terapéutico) para que los profesionales puedan derivar a sus pacientes.
- Elección de criterios para incluir a los pacientes, cada cuanto se realizaran las visitas, el contenido educativo en cada una de las visitas,....
- Revisión de las guías en el cuidado de estoma y determinar una guía para la educación de los pacientes.
- Revisión de las hojas de registro en planta de cirugía, para poder hacer una buena recogida de datos. Se prevé ponerse en contacto con la comisión de Historias clínicas del Hospital de Barbastro para poder validar la hoja resultante.
- Revisión del plan de cuidados del pacientes ostomizado.
- Abrir la consulta de enfermería para pacientes con estoma.
- Información/Formación a los profesionales de AP para que conozcan el nuevo servicio, formas de acceder a él, cuando pueden llamar para resolver dudas,.....
- A los dos meses de la puesta en marcha de la consulta de enfermería para pacientes con estoma, se realizará una evaluación del servicio prestado en ese tiempo.
- Se iniciará un registro de los pacientes que se les realiza un estoma digestivo durante 2018.
- Análisis y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

- N^a de pacientes ostomizados atendidos en la consulta de estomaterapia.
- N^o de de pacientes vistos primera visita en la consulta de estomaterapias.
- N^o de consultas telefónicas atendidas en la consulta de estomaterapia.

DURACIÓN

Marzo-18: Elección del espacio y la profesional
Abril-18: Creación agenda y derivación OMI (2 meses)
Mayo - septiembre -18: establecimiento de criterios, revisión de guías, registros y plan de cuidados.
Octubre-18: Puesta en marcha de la consulta.
Diciembre-18: información de la consulta en AP y evaluación del funcionamiento de la consulta.
Febreo-18: Evaluación del plan de mejora
Durante todo el año se registrarán todos los nuevos estomas

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0218

1. TÍTULO

CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE LOS PACIENTES OSTOMIZADOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS MARIA PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
BUIL MARTINEZ MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta se viene realizando de manera mensual y en ocasiones bimensual, desde Enero hasta Diciembre. Los días de consultas realizados han sido 14.

Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.00 a 15 horas.

Número de pacientes: 5 por consulta.

Todos los pacientes que presenta Psoriasis y artritis psoriásica del servicio de Dermatología y Reumatología se les revisa en esa consulta para no duplicar citas.

En la primera consulta se realizan cuestionario de manera individualizada gracias a SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil ue contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica así como cuestionarios de calidad de vida y el índice PASI (índice de gravedad y de extensión de la psoriasis), para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Enero 2015-Diciembre 2018

109 pacientes (75 nuevos, 34 revisiones)

Motivo de referencia: Duda diagnóstica(43%),Terapéutica (57%).

Resultados: - Nuevo diagnóstico Aps: 29 (27%)

- Nuevo diagnóstico Ps: 11 (10%)

- Inicio o cambio de tto biol/inmunosup

- Dx de efectos secundarios

- Otros diagnósticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El abordaje holístico multidisciplinar del paciente ofrece una mejora de la percepción global de calidad en el paciente y en los profesionales. En los proyectos futuros está poder realizar una derivación desde atención primaria y una vía de interconsulta virtual para un diagnóstico y/o detección de brote precoz y un tratamiento más adecuado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos

Edad: Todas las edades

Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapéuticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.

Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES

Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularán los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y reevaluar a los seis meses.

DURACIÓN

La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro. En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANCHEZ SALAS MARIA PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado con periodicidad mensual, desde Enero hasta Diciembre. Las consultas realizadas han sido 10 (excepto septiembre y noviembre).

Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.30 a 15 horas.

Número de pacientes: 4-6 por consulta.

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.

Además se ha instalado el programa SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica, para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de consultas realizadas: 42.

Primeras visitas: 29. Revisiones conjuntas:13

Servicio de procedencia: Dermatología 21

Reumatología 14

Consulta PSORD 7

Motivo de derivación: Duda diagnóstica 25

Duda o control terapéuticos 17

Resultados: Nuevo diagnóstico de artritis psoriásica 15

Nuevo diagnóstico de psoriasis 5

Diagnóstico de artropatías no psoriásicas 6

Lesiones cutáneas no psoriásicas 3

Psoriasis paradójicas 2

Cambio de tratamiento local/sistémico 6

Tratamiento biológico: inicio / control/ cambio 11

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La visión global y multidisciplinar del paciente ofrece una mejora de la percepción global de calidad en el paciente y en los profesionales. Estamos intentado realizar una vía clínica de seguimiento y derivación en el que se podrían remitir desde atención primaria y urgencias para un diagnóstico más precoz y un tratamiento más adecuado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo Ambos sexos

Edad Todas las edades

Tipo Patología Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo

Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapéuticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.

Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES

Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularán los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y reevaluar a los seis meses.

DURACIÓN

La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro. En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 29/02/2020

2. RESPONSABLE TAMARA GRACIA CAZAÑA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANCHEZ SALAS PILAR
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
BUIL MARTINEZ MARIA PILAR
BOIRA SUBIAS MARIA FELICIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta se viene realizando de manera mensual y en ocasiones bimensual, desde Enero hasta Diciembre. Los días de consultas realizados han sido 14.

Agenda: Primer miércoles de cada mes, de 13.00 a 15 horas.

Número de pacientes: 5 por consulta.

Todos los pacientes que presenta Psoriasis y artritis psoriásica del servicio de Dermatología y Reumatología se les revisa en esa consulta para no duplicar citas.

En la primera consulta se realizan cuestionario de manera individualizada gracias a SCREEN APs, un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil ue contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica así como cuestionarios de calidad de vida y el índice PASI (índice de gravedad y de extensión de la psoriasis), para una correcta derivación a la Unidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

312 pacientes (72 nuevos, 240 revisiones)

Motivo de referencia: Duda diagnóstica(39%),Terapéutica (51%).

Resultados: - Nuevo diagnóstico Aps: 29 (26%)

- Nuevo diagnóstico Ps: 11 (28%)

- Inicio o cambio de tto biol/inmunosup

- Dx de efectos secundarios

- Otros diagnósticos

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El abordaje multidisciplinar ha permitido una detección precoz de la enfermedad reumática en la denominada ventana terapéutica, provocando un descenso de la morbilidad y un mayor éxito y satisfacción por parte de los pacientes y profesionales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GRACIA CAZAÑA TAMARA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, BUIL PEREZ MARIA PILAR, SANCHEZ SALAS MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades de la Piel
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIASICA (PSORD) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La psoriasis (Ps) es una enfermedad sistémica con participación multiorgánica, que afecta principalmente a la piel y el aparato locomotor, pero también se han descrito otras comorbilidades como el síndrome metabólico. En su evolución generalmente la afectación cutánea precede a la afectación articular en hasta en un 80% de los casos. A su vez la Artritis Psoriásica (APs) es una enfermedad crónica y progresiva que puede llegar a ser incapacitante hasta en un 30% de los pacientes con Psoriasis. En esta patología desempeñan un papel fundamental tanto dermatólogos como reumatólogos ya que un diagnóstico precoz evita exámenes innecesarios, tratamientos poco efectivos, disminuyendo los costes, reduciendo el dolor y con ello mejora la calidad de vida del paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos de este programa son facilitar el diagnóstico precoz de la APs en pacientes con psoriasis; mejorar el manejo de los pacientes afectados con psoriasis y APs tomando decisiones terapéuticas adecuadas de manera conjunta; fomentando la colaboración entre ambas especialidades de nuestro hospital, y por último reducir los costes de la asistencia a los pacientes con APs y Ps.

MÉTODO

Se ha realizado el programa de Formación teórica y práctica de la consulta de Artritis Psoriásica en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Posteriormente se ha creado la consulta con el código PSORD, para la que se ha creado una base de datos en lo que se recogen los datos de filiación, características de la enfermedad y del tratamiento de los pacientes, así como la especialidad por parte de la que se ha derivado. En el caso de dermatología debido a la dificultad de la detección precoz se ha instalado el programa Screen APs se trata de un dispositivo digital consistente en un tótem con pantalla táctil que contiene tres cuestionarios específicos para la detección precoz de la artritis psoriásica y que deben autorrellenar aquellos pacientes que el clínico dermatólogo considere conveniente.

Los tres cuestionarios han sido ampliamente utilizados en la bibliografía internacional y son: PASE, ToPAS Y PEST. Además a todos los pacientes se les realiza el cuestionario de calidad de vida QALY.

INDICADORES

Entre los indicadores que se van a calcular son el número de primeras y segundas visitas y la ratio primera/sucesiva. Se calcularán los porcentajes de derivación por parte de cada servicio, los cambios de diagnóstico de derivación y las variaciones en el tratamiento. Valorar la calidad de vida mediante el test QALY y HAQ en la primera consulta y reevaluar a los seis meses.

DURACIÓN

La periodicidad será mensual. El primer miércoles de cada mes en horario de 13:00 a 14.30, 5 pacientes disponiendo de 15 minutos por paciente. Se llevará a cabo en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro. En esta primera etapa solo se recibirán pacientes derivados por Reumatología o Dermatología. Posteriormente podrá valorarse la ampliación a otros servicios, intentando que desde atención primaria puedan ser citados directamente en esta unidad sin duplicar consultas mejorando el rendimiento y la eficiencia de ambas especialidades.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CAZAÑA TAMARA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha logrado dar continuidad a la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.
Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón...hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzena.
Durante 2018 se ha unido al proyecto el centro de Salud de Binéfar, y se ha dinamizado la actividad con centros como Lafortunada y Aínsa, que por motivos técnicos habían quedado sin medios para continuar la actividad.
Se ha actualizado el modelo existente de teleconsulta, modificando el formulario existente, e integrando la Teledermatología en la Interconsulta Primaria de la Historia Clínica Electrónica, permitiendo a cualquier especialista acceder al episodio.
Se ha realizado una jornada de formación presencial con los responsables de Teledermatología de cada Centro de Salud para informar de dicha actualización.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado un total de 210 interconsultas virtuales:

- Centro de salud Barbastro: N 148, Resolución 105 (71%), consulta física 43 (29%)
- Centro de salud Castejón: N 34, Resolución 25 (74%), consulta física 9 (26%)
- Centro de salud Benabarre: N 25, Resolución 17 (68%), consulta física 8 (32%)
- Centro de salud Lafortunada: N 3, Resolución 2 (67%), consulta física 1 (33%)

Se han resuelto a través de teledermatología un total de 149 interconsultas (71%) y 61 pacientes precisaron cita en el servicio de Dermatología (29%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La Teledermatología es un sistema útil para la detección rápida de patología, con una buena selección de pacientes.
Las mayores tasas de concordancia con el gold standard se ven en patología tumoral.
Los pacientes se han mostrado satisfechos con el funcionamiento del sistema.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/287 ===== ***

Nº de registro: 0287

Título
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Tele dermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.

Una aplicación indiscutible es la utilización de la Tele dermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.

La Tele dermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.

La Tele dermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada. Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.

Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Ainsa, Castejón de Sos, Lafortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón...hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzena, y próximamente Binéfar.

MÉTODO

a) Análisis diferido de imágenes.

El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.

b) Teleformación.

Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.

c) Formación presencial.

Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

INDICADORES

- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.

- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.

- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.

- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

DURACIÓN

Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.

Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.

Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

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 - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR SANCHEZ SALAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DERMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRACIA CAZAÑA TAMARA
LUEZA LAMPURLANES CRISTINA
ARIÑO ALDABO CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Evaluación de los casos clínicos enviados desde los centros de Atención Primaria de nuestro Sector .
Los casos se valoran en las primeras 24-72 horas de su recepción, sin superar un máximo de 7 días .
Los formularios de Tele dermatología se encuentran integrados en la Interconsulta Virtual de la Historia Clínica Electrónica.
Se realizan tareas de formación a los especialistas de Atención Primaria a través de la propia actividad.
Se han ido incorporando progresivamente nuevos centros de Atención Primaria a la actividad; se realizarán nuevas actividades de formación en los centros que se adscriban.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Resolución de aproximadamente el 70% de los casos de forma virtual, sin que el paciente tenga que acudir a la consulta presencial.
Satisfacción del paciente y del médico de Atención Primaria con la actividad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Coordinación correcta en los centros de Atención Primaria para la recogida de casos (un médico responsable por centro, agendas para hacer historias y fotografías a los pacientes).
Equipamiento necesario con dermatoscopia adaptada a la cámara.
El proyecto no ha requerido de otros gastos adicionales, salvo la inversión inicial en los equipos.
Queda pendiente la implantación en la totalidad de los centros de Atención Primaria y jornadas de actualización para los nuevos miembros.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/287 ===== ***

Nº de registro: 0287

Título
TELEDERMATOLOGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SANCHEZ SALAS PILAR, GRACIA CAZAÑA TAMARA, LUEZA LAMPURLANES CRISTINA, ARIÑO ALDABO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con el objetivo de potenciar un sistema de asistencia y derivación directa desde Atención Primaria hasta el nivel hospitalario para pacientes con lesiones dermatológicas, el Hospital de Barbastro (Huesca) dispone de la Unidad de Tele dermatología que, fue creada en el año 2007 y cuya actividad se ha implantado progresivamente con todos los centros de salud del Sector.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0287

1. TÍTULO

TELEDERMATOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Una aplicación indiscutible es la utilización de la Tele dermatología como método de cribado o selección de los pacientes con patología dermatológica no resuelta por el médico general y que le plantea a este último serias dudas en cuanto a que el paciente pueda esperar a la consulta ordinaria o que precise de una consulta urgente por el dermatólogo.

La Tele dermatología evita desplazamientos de los pacientes y reduce los tiempos de espera para las consultas especializadas.

La Tele dermatología es un tipo de consulta satisfactoria para los pacientes que se han sometido a ella. Asimismo, satisface a los médicos generales que solicitan las consultas especializadas a través de este sistema y constituye un buen sistema de comunicación y colaboración de los médicos de Atención Primaria con los de Especializada. Creemos que el modelo de teleconsulta en Dermatología, dada las características demográficas y orográficas de nuestro Sector, puede mantenerse con rentabilidad y eficiencia clínicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Los objetivos del proyecto son dar continuidad a la implementación de la teleconsulta dermatológica entre el médico especialista y los médicos de Atención Primaria.

Progresivamente desde su implantación en 2007 se han ido uniendo los diferentes centros de Salud del Sector: Aínsa, Castejón de Sos, LaFortunada, Benabarre, Barbastro, Monzón... hasta las últimas incorporaciones en 2017 de Fraga y Mequinzenza, y próximamente Binéfar.

MÉTODO

a) Análisis diferido de imágenes.

El médico de Atención Primaria, desde los Centros de Salud seleccionados para este servicio, cumplimenta un formulario prefijado junto con varias imágenes clínicas y dermatoscópicas del paciente, dependiendo del tipo de lesión.

El dermatólogo revisa el caso y emite un informe con su opinión diagnóstica y/o terapéutica, que estará a disposición del médico consultante. Igualmente puede solicitar nuevos datos, exámenes complementarios, o visita convencional con el paciente si lo considera oportuno.

b) Teleformación.

Utilización de los sistemas de telecomunicación para la formación de los profesionales sanitarios e, incluso, de pacientes.

c) Formación presencial.

Presencia del dermatólogo y/o responsables del servicio de Informática en los centros de Salud para la formación clínica o técnica requerida en la implantación y seguimiento del sistema.

INDICADORES

- Número de teleconsultas que se resuelven sin visita presencial.

- Ratio número total de teleconsultas/ teleconsultas resueltas en un único acto médico, en general y también evaluado por centros de Salud.

- Tiempo medio de espera desde la petición de la teleconsulta hasta su realización.

- Concordancia entre el diagnóstico de sospecha emitido por el médico de Atención Primaria y el diagnóstico del especialista, como marcador de formación continuada.

DURACIÓN

Evaluación de teleconsultas por el dermatólogo diariamente, según demanda, dentro de su jornada laboral.

Elaboración de informes para Atención Primaria de forma inmediata.

Jornadas de formación según requerimientos de los especialistas de Atención Primaria.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0356

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Fecha de entrada: 25/02/2020

2. RESPONSABLE CLARA PALACIN ARIÑO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIETETICA Y NUTRICION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BIBIAN GETINO CLARA MARIA
MORLANS GRACIA LUCIA
TORRES GRANDE MARIA JOSE
MEDRANO MARTINEZ PILAR
PEYRET FERRER INMACULADA
GOMEZ RIVAS PAULA
GRANDE MANJON MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo la revisión bibliográfica de los artículos publicados.

Se han llevado a cabo sesiones de formación y actualización en disfagia con encuesta de valoración final.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Existe una mayor sensibilidad del personal ante el problema de la disfagia orofaríngea. Los pacientes con este problema (o con sospecha de padecerlos) se detectan tanto en el Servicio de Urgencias como en Hospitalización por parte del personal médico y de enfermería. Se derivan mediante hoja de interconsulta para la realización del MECV-V y/o para la adaptación e individualización de la dieta durante su estancia hospitalaria y al alta si se precisa.

La evaluación de los profesionales participantes en la formación fue muy satisfactoria. Refieren que la formación ha cubierto sus expectativas y que va es de gran utilidad para la práctica diaria. Se demanda que se realicen más talleres respecto a esta temática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Por motivos ajenos al trabajo varias personas del equipo de mejora han estado fuera de su servicio durante varios meses por lo que no ha sido posible terminar el proyecto.

Queda pendiente la elaboración de recomendaciones sobre la administración de medicamentos en disfagia orofaríngea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/356 ===== ***

Nº de registro: 0356

Título
OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

Autores:
PALACIN ARIÑO CLARA, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, MORLANS GRACIA LUCIA, TORRES GRANDE MARIA JOSE, MEDRANO MARTINEZ PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, GOMEZ RIVAS PAULA, GRANDE MANJON MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquiera que curse con disfagia orofaríngea
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0356

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DISFAGIA OROFARINGEA

PROBLEMA

La disfagia orofaríngea es uno de los problemas más frecuentes en pacientes hospitalizados. Tiene múltiples consecuencias adversas que llevan a un aumento del coste total por hospitalización. La administración de la medicación oral se encuentra condicionada tanto por la forma farmacéutica como por la dificultad de deglución de estos pacientes. La detección de este problema, conlleva a la mejora de la atención del paciente y disminución de eventos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea.
- Recomendaciones y optimización de los tratamientos de los pacientes con disfagia orofaríngea.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de los artículos publicados hasta la fecha.
- Elaboración de recomendaciones sobre la administración de medicamentos en disfagia orofaríngea.
- Detección de pacientes con disfagia orofaríngea en hospitalización.
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario y encuesta de valoración.

INDICADORES

Valoración satisfactoria en el 70% del personal sanitario.

DURACIÓN

- Revisión bibliográfica y elaboración de recomendaciones hasta septiembre de 2019
- Realización de sesiones formativas para el personal sanitario a lo largo del último trimestre de 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0778

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE YAMAL HARB SAID
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASTELLAR OTIN ELENA
AZNAR MUÑOZ ROBERTO
BUSTOS MORELL CRISTINA
AURED DE LA SERNA ISABEL
LALANA GARCES MARTA
VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-Elaboración de base de datos de pacientes objetivo del proyecto.
-Creación de un equipo de trabajo multidisciplinario con reuniones periódicas
-Contacto con pacientes y vías de contacto para ofrecer diagnóstico y tratamiento de la hepatitis C
-Conexión de nuestro grupo de trabajo con el plan estratégico nacional para la eliminación de la hepatitis C en nuestro sector sanitario
-Diagnóstico por métodos no invasivos de laboratorio del grado de fibrosis hepática: FIB 4

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Contacto por correo o telefónico con 53 pacientes, revisión en consultas de aparato digestivo y tratamiento en los casos indicados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Continuación del proyecto en concordancia con el plan estratégico nacional.
Mejorar la eficiencia de la base de datos de pacientes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/778 ===== ***

Nº de registro: 0778

Título
GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

Autores:
HARB SAID YAMAL, CASTELLAR OTIN ELENA, AZNAR MUÑOZ ROBERTO, BUSTOS MORELL CRISTINA, AURED DE LA SERNA ISABEL, LALANA GARCES MARTA, VAZQUEZ FERNANDEZ JACQUELINE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos: erradicar vhc del sector sanitario de Barbastro

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
reducir la aparición de nuevos casos de hepatitis C

RESULTADOS ESPERADOS
realizar el abordaje diagnóstico-terapéutico de los casos aflorados con viremia positiva en nuestro sector sanitario, acorde al circuito definido en la estrategia autonómica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0778

1. TÍTULO

GRUPO DE TRABAJO DE HEPATITIS C DEL SECTOR SANITARIO DE BARBASTRO

MÉTODO

equipo de trabajo multidisciplinario, creación de base de datos de pacientes con cualquier serología positiva vhc de nuestro laboratorio, contactar con los pacientes y ofrecerles la forma de contactar con el grupo de trabajo mediante correo o teléfono y la posibilidad de recibir tratamiento con agentes antivirales directos

INDICADORES

reuniones periódicas del grupo de trabajo(al menos trimestral) y evaluación de resultados

DURACIÓN

inicio del programa en septiembre-octubre de 2018 sin fecha fija de finalización

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Fecha de entrada: 27/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL AURED DE LA SERNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARELLANO CARRERA ROCIO
COSCOJUELA QUIROGA ANA
HARB SAID YAMAL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha creado una agenda específica con las instrucciones para la realización del fibroscan realizándose un total de 104 exploraciones. La industria farmacéutica ha cedido el mismo con una periodicidad de 2-3 mese, a demanda interna del servicio. Actualmente está solicitado un fibroscan de nueva generación que incluirá la realización del CAP que nos permitiría cuantificar la esteatosis hepática, patología en incremento en nuestra sociedad. El documento que se obtiene tras la realización del fibroscan permite evitar el uso de papel con tinta percedera, encontrándose pendiente de poder integrarlo en la red hospitalaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Elaboración de informe, 104 pacientes valorados en el Hospital de Barbastro evitando desplazamiento a Huesca y/o Zaragoza, en proceso de integración informática.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El fibroscan es una medida no invasiva de fibrosis hepática que permite evitar técnicas agresivas como la biopsia hepática. Realizando agendas al respecto con personal entrenado se aumenta el rendimiento de la técnica, con incremento sustancial de las solicitudes al ampliar el tipo de pacientes que la requieren. Queda pendiente poder integrar el informe realizado en la red para permitir su visualización sin precisar la historia clínica(en proceso).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1514 ===== ***

Nº de registro: 1514

Título
INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Autores:
AURED DE LA SERNA ISABEL, ARELLANO CARRERA ROCIO, COSCOJUELA QUIROGA ANA, HARB SAID YAMAL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Para cuantificar la fibrosis hepática el procedimiento que se utilizaba es la biopsia hepática, sin embargo ahora disponemos de otras opciones no invasivas para cuantificarla, como lo es el fibroscan o elastografía de transición (ET), las cuales son capaces de determinar el grado de fibrosis hepática y el estado de rigidez del hígado. En el Hospital de Barbastro disponemos de un fibroscan en préstamo cada 2-3 meses por parte de la industria farmacéutica. Anteriormente el paciente se desplazaba hasta Zaragoza para su realización en el Hospital

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1514

1. TÍTULO

INFORMATIZACION DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN EL FIBROSCAN O ELASTOGRAFIA DE TRANSICION (ET)

Clínico Universitario Lozano Blesa. El resultado del fibroscan se registrará en la intranet lo que permitirá ver el resultado desde cualquier hospital de la comunidad.

RESULTADOS ESPERADOS

La elaboración de un documento accesible en la intranet evitará tener el resultado en un papel térmico, en el cual la tinta desaparece con el tiempo y además puede ser causa de extravío ya que tiene unas dimensiones reducidas que facilitan su pérdida.

Así mismo se evitará repetir la prueba de forma innecesaria.

MÉTODO

Realización de un documento que valore los distintos grados de fibrosis con respecto al resultado obtenido en la prueba, fácilmente interpretable por cualquier médico que acceda a él.

INDICADORES

Resultados informativos en la intranet: 100%

DURACIÓN

-Julio-Agosto-18: realización de una plantilla estandar
-Septiembre-Octubre-18: contacto con el servicio de informática
-Noviembre 18: implementación del proyecto

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0848

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE MARA CHARRO CALVILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CLAVERIA CLAVERIA GRACIELA
VIÑUALES CHUECA BEATRIZ
LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION
CUDINACHS SAMPIETRO MARIA
GRASA CORTINA MARIA DOLORES
ARELLANO CARRERA ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Acorde con el calendario previsto en abril de 2019, en conjunto con enfermería de consultas de digestivo, se inicia el proceso de redacción de un breve texto para repartir en consulta informando de los teléfonos disponibles y extensiones de contacto. Lo sometemos a la revisión de varios pacientes y recogemos sus aportaciones.

Relativo a las actividades de formación planteadas:

.-Tres enfermeras realizan el curso online: "Formación avanzada en enfermedades inflamatorias intestinales para enfermería", actividad docente con número de expediente 09/023796-IN acreditada con 4,5 créditos.

.-Dos enfermeras realizaron el curso presencial: "Jornada de enfermería reumatológica" acreditado con 0,4 créditos.

Tiene lugar una reunión presencial con el personal administrativo de gestión de citas, para evaluar cómo es la mejor manera de registrar esta actividad asistencial, pero al estar inmersas en el complejo proceso de cambio del programa informático, se propone iniciar el registro de manera escrita.

Iniciamos, a partir de mayo de 2019, el reparto del documento impreso en soporte de papel tamaño DIN A5, a todos los pacientes que se va viendo en consultas con enfermedad inflamatoria intestinal.

Ya se ha realizado el reparto del documento a una amplio número de pacientes, aunque no se ha alcanzado el 100% de los mismos, puesto que se van distribuyendo a medida que acuden a consulta por cualquier otro motivo, no se les cita de propio para recoger el documento.

Se retrasa, sobre le calendario previsto, hasta final de agosto de 2019, la toma del registro formal de las consultas. En parte influenciada esta demora por el periodo estival, pero fundamentalmente por la gran rotación de personal de enfermería y auxiliares por la consulta de digestivo dedicada a la enfermedad inflamatoria intestinal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analiza el registro de datos recogidos entre 29 de agosto de 2019 y enero de 2020, con un total de 51 llamadas telefónicas atendidas (media por día de consulta de tres llamadas). Esta cifra sabemos subestima el número real de consultas telefónicas reales que se produce, pero el registro no se realizar en el lugar y forma adecuada cuando el personal asignado a la consulta no conoce la puesta en marcha de este proyecto.

Los motivos principales de consulta por vía telefónica, son, en orden de frecuencia: dudas con el tratamiento farmacológico, resultados de exploraciones o analíticas, brote activo de la enfermedad, gestión de citas erróneas o demoradas, procesos infecciosos agudas y en último lugar, dudas sobre vacunaciones.

La resolución vía telefónica se consigue en todos los casos de dudas sobre el tratamiento farmacológico (dosis, administración, interacciones, efectos secundarios) y en los que precisan información o quedaban pendientes de algún resultado médico, que condicionaba la pauta a seguir. En el caso de brote activo, se pudo instaurar medidas iniciales de terapia en la mayoría de casos, pero se citaron a consulta presencial el 90% en distintos plazos de preferencia según la intensidad de la clínica y complejidad de cada paciente en su escenario concreto. También se pudo solventar la citación y el resto de condiciones consultadas, remitiendo a una paciente a urgencias por estar indicada en su situación una evaluación urgente y no podía acudir en horario de la consulta (precisó ingreso hospitalario).

Queda pendiente el objetivo planteado de generar un código administrativo para poder contribuir a su codificación informática, desde el servicio de citaciones no les ha sido aún posible debido al cambio del programa.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La disponibilidad de una atención telefónica desde la consulta de digestivo ha sido muy bien acogida por los pacientes con enfermedad inflamatoria a intestinal.

El uso de esta vía de contacto está en aumento desde que comenzó a darse a conocer a través de este proyecto de calidad. La tasa de resolución por vía telefónica fue de un 70,5% ahorrando 36 visitas presenciales.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0848

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

Varios pacientes expresan que sería también deseable la comunicación por vía e-mail. Se recoge esta sugerencia repetida para futuros proyectos.

Importante destacar que el 92,2% de los casos fue la facultativa responsable la persona que resolvió las consultas telefónicas, y es mínima la resolución por enfermería, lo que hace prioritario la formación de personal en campo de la enfermedad inflamatoria intestinal, debido a su creciente prevalencia en nuestro medio. Con un equipo enfermería y FEA formado en este terreno, aún sería más resolutivo para este colectivo de pacientes crónicos la resolución de cuestiones diversas de forma ágil y no presencial.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/848 ===== ***

Nº de registro: 0848

Título
ORGANIZACION DE LA GESTION Y RESOLUCION PRACTICA DE LAS CONSULTAS TELEFONICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
CHARRO CALVILLO MARA, CLAVERIA CLAVERIA GRACIELA, VIÑUALES CHUECA BEATRIZ, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, CUDINACHS SAMPIETRO MARIA, GRASA CORTINA MARIA DOLORES, ARELLANO CARRERA ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La incidencia y prevalencia de enfermedad inflamatoria intestinal está en claro aumento en nuestro medio, como se refleja en los estudios epidemiológicos más recientes. Su evolución crónica con brotes impredecibles y su complejo manejo terapéutico, lo cual, hace que estos pacientes requieran de una atención integral y continuada. Cada día surgen incidencias, nuevas manifestaciones clínicas, dudas sobre efectos del tratamiento, gestión de citas médica y de administración de tratamiento. En nuestra consulta se recogen diariamente multitud de llamadas telefónicas sobre todos estos asuntos, sin que esta actividad disponga actualmente de una gestión organizada y eficaz, ni tampoco queda reflejada. Además los pacientes expresan su dificultad para acceder a una vía de resolución efectiva de sus necesidades hasta que llegan a comunicar con la consulta.

RESULTADOS ESPERADOS
Ofrecer a los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal de nuestra área de salud una vía no presencial de gestión y resolución de consultas en lo relativo a su patología y la atención a la misma. En un entorno de dispersión geográfica como el nuestro, cobra especial relevancia el hecho de que se eviten desplazamientos a estos pacientes crónicos, en su mayoría jóvenes con actividad laboral.
Organizar una actividad que está creciendo exponencialmente de forma espontánea por requerimiento de los propios pacientes y que requiere de una gestión ordenada para que resulte realmente resolutiva.
Comenzar a interactuar de forma coordinada los distintos miembros implicados en la atención de estos pacientes: médicos especialistas, enfermería de consulta y de hospital de día, administrativos para ofrecer una atención más integral que mejore la percepción de buena calidad asistencial por parte de los usuarios.

MÉTODO
Elaborar un documento sencillo que indique al paciente de forma clara y concisa cómo contactar con la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0848

1. TÍTULO

ORGANIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESOLUCIÓN PRÁCTICA DE LAS CONSULTAS TELEFÓNICAS EN PACIENTES AMBULANTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL. HOSPITAL DE BARBASTRO

consulta de digestivo en caso de precisar una atención no presencial.
Formar al personal de enfermería en los aspectos más relevantes de la enfermedad inflamatoria intestinal, por medio de sesiones presenciales en el hospital y cursos de formación específicos on line.
Registrar todas las consultas telefónicas atendidas.
Generar un código administrativo para poder contribuir a su codificación informática.

INDICADORES

- Contabilizar el número de consultas telefónicas registradas.
- Analizar el motivo de las consultas y cuantificar cuantas fueron posibles de resolver vía telefónica y cuantas derivaron en una atención presencial, cuáles de las pudieron ser resueltas por el personal de enfermería de las consultas, precisaron de consulta con el especialista de digestivo, derivó en gestión de citas o de hospital médico.
- Recoger el feedback de los pacientes con un sencillo cuestionario para conocer si les resulta de más fácil acceso a tener una consulta no presencial con el proceso implantado.
- Calcular el ahorro de visitas presenciales realizado con esta atención telefónica.

DURACIÓN

- Abril 2019: Diseño del soporte en papel a entregar al paciente con la información de cómo acceder al contacto de la consulta telefónica.
- Abril-junio 2019: Realizar sesiones de formación con el personal de enfermería tanto de consulta como de hospital médico.
- Abril-mayo: Reunión presencial con el personal administrativo de gestión de citas para evaluar cómo es la mejor manera de registrar esta actividad asistencial.
- A partir de mayo 2019: registro pormenorizado de todas las llamadas atendidas con especificación de su motivo y solución final.
- A partir de octubre 2019: comenzar a analizar la información obtenida del registro.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1278

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ISABEL AURED DE LA SERNA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LALANA GARCES MARTA
CAMO MONTERDE PATRICIA
REILLO SANCHEZ CARMEN
SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES
BUSTOS MORELL CRISTINA
PEREZ RALUY ANA
GRASA CERA CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han incluido los métodos séricos dentro de la sección de bioquímica, validados previamente por el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de Barbastro. Se han añadido en la analítica como nota adjunta, a modo informativo y de forma resumida, unos valores de referencia para poder interpretar los resultados obtenidos. Además se han realizado sesiones clínicas en diversos centros de salud del Sector de Barbastro. En ellas se ha explicado la implantación de los nuevos índices séricos para evaluar el grado de fibrosis hepática.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

% pacientes con alteración de la bioquímica hepática que se les realice el APRI y el FIB4 (en consulta de digestivo y de medicina interna): 94.5% en la consulta de digestivo(3 pacientes pertenecían a Fraga y no se les pudo realizar) y un 98% en la consulta de Medicina Interna.

% pacientes seguidos en consulta de Digestivo sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el FIB4 y se les realice: 100%

% pacientes seguidos en consulta de medicina interna sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el FIB4 y se les realice: no es posible su realización ya que no se solicitó ninguno

% de pacientes con concordancia en la clasificación según ambos índices: 74.67%

Estos datos se han obtenido mediante el programa Modulab utilizado en el Servicio de Análisis Clínicos del Hospital de Barbastro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto se ha implantado de forma adecuada en los servicios de Atención Especializada de Medicina interna y Digestivo. Las sesiones clínicas realizadas en los centros de salud y dirigidas a Médicos de Atención Primaria nos permitirán realizar en los próximos meses estos indicadores de forma generalizada en todo paciente que presente alteración en la bioquímica hepática. De esta manera los pacientes con fibrosis hepática avanzada y no conocida serán derivados a la consulta de Digestivo mediante una interconsulta de tipo virtual. Este proyecto acaba de implantarse, habrá que valorar en unos años si ha mejorado la práctica clínica, y si es posible la replicación en otros sectores.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1278 ===== ***

Nº de registro: 1278

Título
EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Autores:
AURED DE LA SERNA MARIA ISABEL, LALANA GARCES MARTA, CAMO MONTERDE PATRICIA, REILLO SANCHEZ CARMEN, SANCHEZ GONZALEZ MERCEDES, BUSTOS MORELL CRISTINA, PEREZ RALUY ANA, GRASA CERA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1278

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tradicionalmente la estimación del grado de fibrosis hepática se ha realizado mediante el análisis de la biopsia hepática percutánea, pero es un método invasivo y costoso y que no está exento de complicaciones. Además la interpretación de la biopsia muestras ciertas limitaciones como la variabilidad individual y el error de la muestra. Por todo ello se han desarrollado métodos no invasivos de predicción de la fibrosis hepática tanto bioquímicos como de imagen.

Los objetivos de estos métodos no invasivos son separar la fibrosis significativa de la fibrosis leve, y así seleccionar paciente con fibrosis avanzada que tienen peor pronóstico. Hay que tener en cuenta que su fiabilidad es baja para diferenciar estadios intermedios (F1, F2) por lo que habría que combinarlos con otras técnicas como la elastografía de transición o fibroscan.

Los métodos séricos que vamos a utilizar son dos, el modelo de APRI y el FIB4. El APRI es un modelo bioquímico a partir de niveles de plaquetas y aspartato amino transferasa (AST) que puede predecir la ausencia de fibrosis significativa (APRI < 0,50) o presencia de fibrosis significativa (APRI > 1,5). El FIB-4 está constituido por las plaquetas, ALT, AST y la edad. El FIB-4 diagnostica correctamente los pacientes con fibrosis en estadios avanzados. Estos índices han sido extensamente evaluados en pacientes con hepatitis C crónica.

RESULTADOS ESPERADOS

El método de evaluación de la fibrosis hepática ha sido la biopsia hepática hasta la utilización en los últimos años de métodos no invasivos: la elastografía de transición/fibroscan y los métodos séricos. El objetivo de este proyecto es la implantación de los métodos séricos en nuestro hospital. Mediante estos índices aquellos pacientes con alteración de la bioquímica obtendrán directamente en la analítica los marcadores séricos APRI y FIB4 acompañados de una breve explicación para su interpretación. Aquellos con riesgo alto de fibrosis serán derivados al Especialista de Digestivo para su estudio y seguimiento.

MÉTODO

- Inclusión de los métodos séricos dentro de la sección bioquímica tras validación de los mismos con el servicio de análisis clínicos
- Realización de una hoja explicativa e incluirla en la intranet para su acceso a través de atención primaria o especializada
- Derivación de pacientes con sospecha de fibrosis hepática avanzada a la consulta de digestivo a través de la interconsulta virtual
- Acceso fácil y rápido con el servicio de digestivo y con el servicio de análisis clínicos en caso de duda

INDICADORES

- % pacientes con alteración de la bioquímica hepática que se les realice el APRI y el Fib4
- % pacientes seguidos en consulta de Digestivo sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite APRI y Fib4 y se les realice
- % pacientes seguidos en consulta de Medicina Interna sin alteración de la bioquímica hepática a los que se les solicite el APRI y el Fib4 y se les realice
- % de pacientes con concordancia en la clasificación según ambos índices.
- %Porcentaje de pacientes con grado de fibrosis elevado (F3-F4) que son derivados, evaluados y atendidos en consulta de digestivo.
- % de pacientes con esteatohepatitis no alcohólica diagnosticados de fibrosis avanzada a partir de la incorporación de marcadores serológicos a los que se les ha realizado a posterior una biopsia hepática

DURACIÓN

Primer semestre:
Inclusión en la bioquímica general de los índices séricos.
Establecer puntos de corte en dependencia del tipo de paciente para poder clasificar el grado de fibrosis.
Comunicación con primaria y especializada para conocer la implantación de los nuevos índices séricos y su interpretación.
Segundo semestre:
Puesta en marcha del proyecto.
Al final del semestre valoración de los indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1278

1. TÍTULO

EVALUACION DEL GRADO DE FIBROSIS HEPATICA CON METODOS INDIRECTOS SERICOS

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1344

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ANA COSCOJUELA QUIROGA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIGESTIVO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CHARRO CALVILLO MARA
PEREZ RALUY ANA
GRASA CERA CONCEPCION
CARREÑO GARCIA SOFIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Cumpliendo el calendario previsto, entre abril y mayo de 2019, se elabora un documento, soporte impreso de papel en tamaño dina 4, con una tabla de fácil cumplimentación que se retoca en varias ocasiones, recogiendo las distintas aportaciones del personal del servicio de endoscopias, como habilitar un espacio para la colocación de una etiqueta del paciente, lo que agiliza más la recogida de los datos.

Posteriormente se distribuye dicho documento en las distintas salas de trabajo, de forma que resulte accesible su uso en el curso de una exploración endoscópica.

Se numera un total de 100 impresos, para comprobar que se van utilizando y en el momento de redactar esta memoria los formularios que se están utilizando ya no poseen numeración, lo que objetiva que son de impresiones sucesivas, ya utilizados los documentos de la primera tirada impresa.

Se evalúa dónde es más conveniente el archivo de esta tabla de recogida de datos y finalmente se opta por guardarla junto con el informe escrito de la endoscopia digestiva, el consentimiento y la hoja de registro de enfermería de endoscopia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La tabla de recogida de datos sobre las polipeptomías endoscópicas, les resulta de fácil cumplimentación al personal auxiliar de enfermería encargado de rellenarlo en el área de endoscopias, mejorando el previo apunte en papel sin un formato concreto a tal efecto y sin que se archivase como registro.

Revisadas cinco historias de forma aleatoria, durante dos mañanas en la que se trabaja a dos salas con citación completa de endoscopias, se demuestra que se ha adjuntado el documento de recogida de datos, en todas las endoscopias en las que se realizó la terapéutica de polipeptomía.

El personal médico endoscopista de la unidad, evalúa como positiva la aportación del documento a la hora de la redacción de los informes endoscópicos.

Además facilita la realización de comprobaciones sobre discrepancias con los frascos de las muestras obtenidas, con el servicio de Anatomía Patológica, convirtiéndose en una herramienta útil para minimizar los errores que pudieran derivarse de las mismas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El documento de recogida de datos específicos sobre las polipeptomías endoscópicas se está instaurando dentro la rutina de funcionamiento de la unidad endoscopias digestivas en el hospital de Barbastro.

Tiene una especial relevancia en las colonoscopias del programa de cribado de cáncer colorrectal, pues es en estas exploraciones, en las que se requiere de una mayor precisión en la recogida de las características de los pólipos resecaados, para la posterior toma de decisiones terapéuticas y de seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1344 ===== ***

Nº de registro: 1344

Título
PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTION DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO. SECCION DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1344

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DEL PROCESO DE GESTIÓN DE LAS MUESTRAS PROCEDENTES DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS PARA SU ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO. SECCIÓN DE ENDOSCOPIAS DIGESTIVAS. HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
COSCOJUELA QUIROGA ANA, CHARRO CALVILLO MARA, PEREZ RALUY ANA, GRASA CERA CONCEPCION, CARREÑO GARCIA SOFIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Todos los días se realizan numerosos procedimientos endoscópicos y en muchos de ellos, como parte del estudio del paciente, se obtienen muestras para su análisis anatomopatológico. También es creciente la extirpación de lesiones premalignas en programas tan eficaces y extendidos como es el de cribado de cáncer colorrectal. Así pues, es fundamental sistematizar la anotación detallada de las muestras obtenidas

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se dirige a todos los pacientes a los que se realiza una endoscopia digestiva con la toma de muestras o resección de lesiones mucosas. Se espera conseguir sistematizar y homogeneizar el registro en papel, de las muestras obtenidas en cada endoscopia, para mejorar la redacción exacta del informe de dicho procedimiento.

MÉTODO

.- Elaboración de un documento que resulte sencillo y rápido de cumplimentar durante la propia exploración endoscópica, que recoja los ítems fundamentales para identificar correctamente las muestras obtenidas.
.- Divulgación de dicho documento a todos los componentes de la unidad de endoscopias digestivas.
.- Añadir modificaciones a dicho documento según se observen puntos de mejora con la utilización del mismo y aportaciones que puedan resultar útiles.

INDICADORES

.- Evaluar si al personal auxiliar de enfermería le resulta ágil la cumplimentación del documento.
.- Revisar en una muestra representativa de informes endoscópicos si se encuentra adjunto el documento elaborado, demostrándose así su implantación en el servicio como una rutina más.
.- Encuestar al personal médico endoscopista de la unidad, si les resulta de valor el contar con el documento para realizar el informe de forma más precisa y minimizando los errores que pueden derivarse de la realización de varias endoscopias seguidas durante la jornada.

DURACIÓN

Abril-Mayo 2019 ...Elaboración del documento en el servicio de endoscopias por el personal implicado.
Mayo-Septiembre 2019...Distribución de dicho documento en las distintas salas de trabajo, de forma que resulte accesible su uso en el curso de una exploración endoscópica. Asegurarse de que todo el personal es conocedor del documento y recogida de aportaciones y mejoras.
Octubre de 2019...comenzar la evaluación de resultados con la encuesta de los facultativos endospistas y revisando hospital para comprobar si se ha adherido el personal la utilización del nuevo documento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN LA DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Fecha de entrada: 08/03/2019

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
COMPRA DEL MATERIAL NECESARIO, ARMARIOS HOMOLOGADOS Y SU COLACION

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
UNIFICACION EN EL ALMACENAMIENTO Y EN EL TIPO DE ALMACENAJE UNIFICACION EN EL MODO DE REGISTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
QUEDA PENDIENTE LA UNIFICACION DE LA MEDICACION QUE DEBE DE IR DENTRO DEL ARMARIO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/503 ===== ***

Nº de registro: 0503

Título
FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUYAL MELE ANA MARIA, MUR BARRABES DIANA, CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER, NADAL ABADIAS NATALIA, ALONSO AYERBE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN LA DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION

Hospital de Barbastro.

MÉTODO

El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016. Partiendo de dicha base:

* Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópicos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro

* Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

INDICADORES

Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópicos

Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes

Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópicos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

DURACIÓN

OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótrpicos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicótrpicos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.

OCTUBRE 2016-ENERO 2017

* Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto

* Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótrpicos y los estupefacientes

* Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótrpicos y estupefacientes

MARZO DE 2017.

*Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede

* Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro

MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Fecha de entrada: 09/03/2018

2. RESPONSABLE ELENA CASTELLAR OTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LANAO SENZ PILAR
RUIZ MONTES FRANCISCO
BOLEA LADERAS LAURA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
PESQUER VILAS ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.
 - Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no interrupción de la asistencia.
 - Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.
 - Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.
 - Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
 - Consultas derivadas de la UCA: consulta de Demencia, consulta de Unidad Crónico Complejo
- El calendario marcado se ha cumplido respecto a los objetivos propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Fuente y método de obtención de resultados: CMBD, Servicio de Sistemas Admisión, Unidad de Sistemas de Información del Hospital.

Para describir los resultados alcanzados, se requiere una aclaración inicial: la adjudicación de camas de forma específica a UCA dentro del servicio de medicina interna no se produjo hasta noviembre 2017, por problemas informáticos ajenos a la asistencia del hospital. Dicho lo cual, los resultados más destacados son:

- nº de estancias: 66
- % de ocupación: 82,4%
- nº de altas: 41
- circuito de derivación AP-AE: sí, claro, específico, y explicado en sesiones presenciales por los Centros de Atención Primaria del Sector
- informe de alta: sí, 100%
- informe de cuidados de enfermería: sí, 95%
- GRD más frecuente: insuficiencia cardiaca
- comorbilidades (Dx secundarios) más frecuentes: hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteración de los lípidos

Los resultados se ajustan al estándar marcado de forma óptima.

El impacto del proyecto es a priori positivo, si bien está pendiente una evaluación más exhaustiva al respecto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

A la vista de los datos obtenidos, el equipo de trabajo considera como puntos importantes:

- mejora del sistema informático, que permita una comunicación más ágil entre niveles asistenciales.
- recordatorio periódico del circuito de derivación de pacientes, especialmente en los Centros de AP donde hay cambio de profesionales.
- realizar encuestas de satisfacción a usuarios y/o pacientes.

Hemos detectado un dato importante, y es la mayoría de pacientes atendidos con Insuficiencia Cardiaca, lo que nos lleva a la posibilidad de crear una Unidad de Atención a Insuficiencia Cardiaca específica, con circuitos de atención conectados a la UCA.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1764 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Nº de registro: 1764

Título
UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL (UCA)

Autores:
CASTELLAR OTIN ELENA, LANA O SENZ PILAR, RUIZ MONTES FRANCISCO, BOLEA LADERAS LAURA, PESQUER VILAS ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- Envejecimiento progresivo de la población + aumento de la supervivencia = mayor tasa de pacientes pluripatológicos, crónicos y dependientes
- Estos pacientes necesitan una ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTINUADA
- Gasto sanitario creciente, se precisa una adecuación de los ingresos hospitalarios (9% de los ingresos y 20% de las estancias medias serían inadecuadas)
- Población atendida en el Sector Sanitario de Barbastro:
 - Alto índice de envejecimiento (>26% son mayores de 75 años)
 - Alta prevalencia de comorbilidad y multimorbilidad
 - Dispersión geográfica
 - Número de ingresos de pacientes pluripatológicos creciente (casi el 20%), con Dx prevalente de IC y EPOC
 - Cifras de rango similar en pacientes con enfermedad cerebrovascular
 - Necesidad de cuidados paliativos creciente

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad de vida de pacientes, familiares y cuidadores habituales.
- Mejorar los indicadores económicos de la comunidad y del Hospital.
- Disminuir el número de estancias en hospitalización de agudos.
- Disminuir la estancia media en hospitalización de agudos.
- Contribuir a la mejora de indicadores de los servicios que integran la Unidad.
- Dotar al sector de Barbastro de un recurso no existente hasta ahora.
- Mejorar e incrementar la colaboración entre Servicios.
- Filtrar y mejorar la selección de pacientes ingresados en Unidades Específicas (Paliativos y Descarga Quirúrgica, especialmente).
- Gestión precoz de las altas.

MÉTODO

- Atención integral y multidisciplinar mediante Unidades Funcionales, para la asistencia sanitaria a pacientes crónicos complejos y/o frágiles, y a pacientes con pérdida funcional tras fase aguda de enfermedad asociada a complejidad.
- Atención sanitaria integral de pacientes subsidiarios de Cuidados Paliativos (oncológicos y no-oncológicos), facilitando altas precoces, posterior seguimiento conjunto con Atención Primaria, estableciendo los circuitos adecuados de comunicación, y facilitar así la no interrupción de la asistencia.
- Reducción secundaria de lista de espera quirúrgica mediante la descarga de pacientes hospitalizados que presentan complicación médica en el post-operatorio, en especial de los Servicios de Cirugía General, Traumatología y Urología.
- Establecimiento de algoritmos de flujos de pacientes y mapas por procesos, de forma conjunta con Atención Primaria.
- Creación de una guía clínica consensuada como plan de mejora para el Sector.
- Control de comorbilidades de la población más susceptible, y proyecto de evaluación de la disminución de la mortalidad en dicha población.
- Apoyo a familiares y/o cuidadores habituales para disminuir la institucionalización del paciente, o facilitarla en el caso de que sea necesario, de forma conjunta con Asistencia Social del Hospital y de Atención Primaria.
- Consultas derivadas de la UCA: consultas de Demencia y Disfagia (Geriatría), consulta EVSS de Enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1764

1. TÍTULO

UNIDAD DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

INDICADORES

Medición de indicadores de calidad asistencial y de eficiencia en la gestión de la Unidad, obtenidas con bases de datos del Hospital

- número decreciente de reingresos
- altas precoces
- tiempo menor de espera en sala de urgencias
- adecuación de ingresos en el tipo de paciente atendido
- menor estancia media
- mayor satisfacción de pacientes y/o familiares
- atención sanitaria más segura

DURACIÓN

Implantación en segundo trimestre 2017

Continuación en 2018

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES:

Criterios de ingreso en la UCA

- En Unidad de Continuidad Asistencial:

- se seguirán los criterios de selección de pacientes contemplados en el Plan de Atención a Paciente Crónico Complejo.

- En Unidad de Cuidados Paliativos:

- pacientes en fase final de enfermedad (oncológica y no oncológica) en los que el control de síntomas en domicilio no es posible. Se incluyen pacientes "premortem" sin posibilidad de tratamiento, si la familia no acepta el traslado a su domicilio y el éxito es previsible a corto plazo.
- necesidad de sedación en medio hospitalario.
- procedimientos invasivos, como paracentesis o toracocentesis evacuadas, u otras técnicas con riesgo en domicilio.

- En Unidad de Descarga Quirúrgica:

- Se incluyen pacientes valorados por EVSS (enfermería de valoración sociosanitaria) tras intervención quirúrgica, con estabilidad del proceso quirúrgico y con necesidad de seguimiento por patología médica.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0397

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ANA MARIA PUYAL MELE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. DIRECCION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CABRERO LASIERRA JAVIER
CUELLO ACIN DANIEL
MUÑOZ MUR EUGENIO
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA
VARELA LEMUS ANA
PESQUER VILAS ISABEL
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
reuniones entre componentes de equipo, consenso, realización del protocolo y difusión

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
realización e implantación del protocolo de alertas sanitarias

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
sistematización y protocolización en la resolución de alertas sanitarias

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/397 ===== ***

Nº de registro: 0397

Título
PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS

Autores:
PUYAL MELE ANA, CUELLO ACIN DANIEL, VARELA LEMUS ANA, PESQUER VILA ISABEL, BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, MUÑOZ MUR EUGENIO, CABRERO LASIERRA JAVIER, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las alertas o situaciones que requieren especial vigilancia o atención por sus potenciales consecuencias son frecuentes en el ámbito sanitario. Las referidas a productos sanitarios tienen una frecuencia elevada y una temática diversa. Con este motivo se debe generar un circuito para tratar de gestionar esta información coordinando las diferentes acciones para asegurar que las alertas lleguen a sus destinatarios, evitar redundancias, poner en marcha las medidas necesarias cuando sean precisas y llevar un registro necesario.

RESULTADOS ESPERADOS
Registro de datos . % de alertas registradas/alertas recibidas =100%
Resolución de alertas %de alertas resueltas/total de alertas recibidas =100%
Realización de un protocolo

MÉTODO
Marzo. Reunión del equipo motor lluvia de ideas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0397

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO DE GESTION DE LAS ALERTAS SANITARIAS DE PRODUCTOS SANITARIOS Y EQUIPAMIENTOS

Abril. Reunión para realización del protocolo
Mayo Reunión para realización de los hojas de registro y modo de registro
Junio Presentación del protocolo definitivo a la Unidad del calidad del Sector para su aprobación
Septiembre-Diciembre Difusión al protocolo e implantación

INDICADORES
% de alertas registradas/alertas recibidas =100%
%de alertas resueltas/total de alertas recibidas =100%
Realización de un protocolo SI

DURACIÓN
1 AÑO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA
MENA GIMENO VIRGINIA
OLIVAR ORTEGA LORENA
SAMITIER SUBIAS MARIA JOSE
NASARRE GER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la primera parte del proyecto se llevo acabo el desarrollo del protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas en cual consta de un total de 15 pruebas de realización tanto intra-hospitalaria como de forma ambulatoria en hospital de día. Cada una de las pruebas o test consta de las siguientes partes: fundamento, procedimiento y material necesario, interpretación de resultados y posibles efectos secundarios. La segunda parte de proyecto consistió en difundirlos a través de charlas entre los diferentes servicios de medicina interna y reuniones con personal de enfermería de hospital de día de Barbastro para la formación y el debate sobre logística y metodología para su realización. Por última parte en el mes de octubre se inicio el uso del protocolo y su implementación a través de intranet y se inicio la recogida de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El total de pruebas realizadas fueron 27 test de los cuales un 75% eran mujeres y un 25 % eran hombres. La pruebas más frecuentemente realizadas fueron el test de thyrogen en un 59% de los casos, realizado para tratamiento y seguimiento del carcinoma papilar de tiroides y 33% fueron test de ACT para descartar insuficiencia suprarrenal. El resto de pruebas fueron estudios de crecimiento como test de propanolol-ejercicio y test de glucagon. Se ha aportado información a todos los pacientes sobre la prueba a realizar y se ha firmado el consentimiento informado. Como reacciones adversas tras el tratamiento con Thyrogen se ha detectado hipertensión arterial transitoria en un paciente descartándose otras causas, no estando este efecto adverso registrado previamente, durante el test de glucagón el paciente presento nauseas siendo un efecto frecuente de este prodecimiento. En el resto de pruebas que se realizaron no ha habido incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha desarrollo el protocolo de pruebas funcionales endocrinológicas adecuadamente dentro de las fechas previstas y ya esta disponible en intranet para todo facultativos interesado en su realización. Se han realizado sesiones formativas para la implantación del protocolo también dentro de las fechas estipuladas. Se han detectado varios episodios de reacciones adversas, uno de ello no descrito previamente. Se ha aportado información verbal y escrita a todos los pacientes a los que se ha realizado una prueba funcional.

7. OBSERVACIONES.

Como proyecto a largo plazo vamos a continuar recogiendo los datos sobre efectos secundarios a largo plazo.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/945 ===== ***

Nº de registro: 0945

Título
ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA, MENA GIMENO VIRGINIA, OLIVAR ORTEGA LORENA, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SAMITIER PUY MARIA JOSE, NASARRE GER ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La mayoría de las determinaciones hormonales en endocrinología presentan peculiaridades derivadas de su composición, de su patrón de secreción, de la interferencia que sobre éste tienen en otras patologías, mientras que otras son atribuibles a la diversidad de metodologías utilizadas para su determinación y que comportan en muchos casos una gran disparidad en los valores de referencia para una misma hormona. Todo ello junto con la posibilidad de valorar algunos elementos de los ejes hormonales, ha hecho que durante mucho tiempo los endocrinólogos tuvieran que recurrir a la realización de pruebas dinámicas para explorar la causa de una patología determinada. En la actualidad el número y la diversidad de estas pruebas ha disminuido por varias razones: mejora de los métodos de medición, acortamiento del tiempo de respuesta de los resultados, implementación de nuevas pruebas de imagen que han facilitado la localización del origen de la patología, puesta a punto de nuevas herramientas diagnósticas. Sin embargo algunas de estas pruebas siguen siendo imprescindibles para el diagnóstico y seguimiento de algunas patologías y en este sentido se ha decidido hacer una puesta al día de las más utilizadas, con el fin de facilitar un protocolo, su interpretación e inconvenientes y contraindicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología.
- Aumentar la seguridad y disminuir riesgo de complicaciones y efectos secundarios en pruebas funcionales endocrinológicas.
- Optimizar el uso de las pruebas funcionales.
- Mejorar la información al paciente sobre la prueba funcional que se va a realizar.

MÉTODO

Actualización y selección de pruebas funcionales que requieren su realización en la consulta diaria de endocrinología
Definición de indicaciones clave de las pruebas.
Elaboración de protocolo de cada una de las pruebas funcionales endocrinológicas.
Elaboración de consentimiento informado de nuevas pruebas funcionales.
Realización de reuniones informativas para el personal de enfermería del hospital de día donde se van a realizar cada una de las pruebas funcionales.

INDICADORES

- Elaboración y actualización de los protocolos de pruebas funcionales en endocrinología. ESTANDAR : Si
- Elaboración y mejora de los consentimiento informados de cada una de las pruebas funcionales y la información recibida por el pacientes. ESTANDAR: SI
- % De pacientes informados sobre la prueba funcional que se va a realizar: ESTANDAR > 80%
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/ total de profesionales por unidad : ESTANDAR > 80%
- Registro de reacciones adversas. ESTANDAR: SI

DURACIÓN

- Realización de protocolos de pruebas funcionales endocrinológicas que se adjuntan en anexo 1: mes de marzo 2018-Septiembre 2018.
- Realización de reuniones informativas a personal sanitario de Hospital de día durante mes de Septiembre 2018.
- Implantación y puesta en marcha de nuevos protocolos a partir de septiembre-Octubre 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 - 2018/0945

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y PROTOCOLIZACION DE PRUEBAS FUNCIONALES ENDOCRINOLOGICAS

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0323

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE ANA LIDIA MEDRANO NAVARRO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENDOCRINOLOGIA Y NUTRICION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BURGASE ESTALLO MARIA IRENE
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA
ORTE ALDEA CARMEN
PUYUELO AVENTIN ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1-Recogida de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
2-Valoración nutrición de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
3-Tratamiento nutricional de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
4-Seguimiento de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
5-Análisis de datos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de desnutrición según VGS-GP. Se estudiaron 12 pacientes mayores de 18 años, de ambos sexos con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello en el año 2019. El estado nutricional de los pacientes fue valorado mediante la herramienta VGS-GP. La VGS-GP mostró una desnutrición moderada/severa del 64,2% . El 98% de los pacientes presentó complicaciones secundarias, siendo la disfagia el síntoma más frecuente. Las categorías B y C se observaron con mayor frecuencia en pacientes del sexo masculino, de edades avanzadas, en estadios III/IV de la neoplasia, así como en pacientes sometidos a cirugía y quimioterapia y con cáncer en faringe, cavidad oral y esófago proximal. Según la VGS-GP más de la mitad de los pacientes con cáncer de cabeza y cuello presentaron desnutrición moderada o severa ("categorías B y C"). El IMC medio fue de 21,7 y el 100% a precisado soporte nutricional.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Importancia de la comunicación entre especialidades y la derivación temprana de este grupo de pacientes a Endocrinología para establecer el tratamiento nutricional lo mas pronto posible y disminuir así la morbi-mortalidad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/323 ===== ***

Nº de registro: 0323

Título
EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTE CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

Autores:
MEDRANO NAVARRO ANA LIDIA, BURGASE ESTALLO MARIA IRENE, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BLASCO GONZALEZ MARIA ELENA, PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR, ORTE ALDEA CARMEN, PUYUELO AVENTIN ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un elevado porcentaje de estos pacientes oncológicos presentan algún grado de desnutrición. Así, en el

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0323

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA DESNUTRICION EN PACIENTES CON CANCER DE CABEZA Y CUELLO

momento del diagnóstico, entre un 30-80% de los pacientes presentan una pérdida de peso involuntaria. En el estudio PREDyCES, que valoraba la desnutrición en pacientes hospitalizados en el territorio español, se realizó un subanálisis de los pacientes oncológicos, que objetivó que el 33,9% se encontraba en riesgo nutricional al ingreso, y la prevalencia aumentaba hasta el 36,4% al alta. El estado nutricional tiene un importante efecto sobre los pacientes con cáncer. La desnutrición en estos pacientes se ha asociado a una peor calidad de vida, a una menor respuesta a los tratamientos onco-específicos y a una mayor toxicidad, a estancias hospitalarias más prolongadas, y en consecuencia a un incremento de los costes sanitarios. La expresión máxima de desnutrición en el cáncer es la caquexia tumoral, que puede observarse hasta en el 50% de los pacientes oncológicos, y que será responsable directa o indirectamente de la muerte de hasta un tercio de los pacientes con cáncer. Por todo ello, una detección e intervención precoz para prevenir la desnutrición y la caquexia cancerosa o su empeoramiento es vital para evitar sus consecuencias deletéreas. En la actualidad, existe una alta variabilidad en la práctica clínica en nutrición que podría afectar al estado nutricional de los pacientes oncológicos. La implementación de protocolos para la valoración del estado nutricional

RESULTADOS ESPERADOS

Estudio sobre la prevalencia de la desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello al diagnóstico.
Diagnóstico temprano de la desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello
Valoración nutricional completa en pacientes con cáncer de cabeza y cuello.
Abordaje y tratamiento temprano en pacientes con riesgo nutricional elevado en cáncer de cabeza y cuello.

MÉTODO

Screening nutricional en consulta de primer día en pacientes con cáncer de cabeza y cuello a través de Test de screening de NRS 2002
En pacientes con screening positivo valoración nutricional a través de Test VSG-GP.
Evaluación y seguimiento nutricional de estos pacientes en la consulta de endocrinología y nutrición.

INDICADORES

Estudio de prevalencia de desnutrición en pacientes con cáncer de cabeza y cuello
Evolución nutricional a través de marcadores nutricionales: peso, IMC, albúmina.
% de paciente que han precisado nutrición artificial
Evolución, complicaciones y mortalidad

DURACIÓN

Inicio de reclutamiento de pacientes a partir de marzo 2019-02-20
Evaluación de resultados en enero 2020

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 - 2016/1000

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE UBIERGO MUMBIELA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ENFERMERIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RUIZ PIÑERO ROSA
NASARRE GER ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Sesión informativa de Enfermería sobre dispositivos de ostomía
Revisión de pacientes en consulta de Enfermería y de Cirugía, fuera del horario de dichas consultas y de la que no hay registros.
Contactos periódicos con representantes de las distintas casas comerciales de productos de ostomía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creamos una dinámica de seguimiento de los pacientes ostomizados con consulta presencial y telefónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se precisa un horario fijo para poder atender a las demandas de los pacientes y también para poder apoyar en la formación de dichos pacientes durante el ingreso.
También se precisa una ubicación fija.

7. OBSERVACIONES.
Durante este año, vamos a participar en otro proyecto de mejora y vamos a dar un fuerte impulso a este proyecto del 2016.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1000 ===== ***

Nº de registro: 1000

Título
IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
UBIERGO MUMBIELA MARIA JOSE, NASARRE GER ANA MARIA, RUIZ PIÑERO ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades digestivas y urológicas,
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: esun compendio de varios de los enfoques anteriores:educación para la Salud, continuidad de cuidados, confidencialidad,mejora de la autonomía

PROBLEMA
En estos momentos en el sector de Barbastro no existe ninguna consulta establecida en la que pueda realizar un seguimiento a pacientes con una ostomía y sabemos que la atención del paciente ostomizado, tanto en su proceso de hospitalización como en su seguimiento posterior, requiere un tratamiento integral y personalizado que fomente su independencia en el manejo de la ostomía y mejore su calidad de vida.
Los pacientes son atendidos durante su ingreso por el personal de hospitalización. Debido a la carga de trabajo y a la ausencia de intimidad, la educación sanitaria de los pacientes se ven limitadas y al ir a casa surgen dudas que no se saben resolver con muchas visitas a su CS con lo que aumentan las urgencias en el hospital.
Hay una persona formada en estomaterapia en el Hospital pero está trabajando a tiempo completo en otra actividad.

RESULTADOS ESPERADOS
-Disminuir la estancia hospitalaria

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1000

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE UNA CONSULTA DE ESTOMATERAPIA EN EL SECTOR DE BARBASTRO

- Reducir el nº de visitas al Servicio de Urgencias y consultas de AT. Primaria
- Enseñar adecuadamente el material de ostomías y su correcto uso reduciendo así el gasto sanitario.
- Reducir la morbilidad detectando precozmente las complicaciones y evitarlas.

MÉTODO

Implementar una consulta de Estomaterapia dentro del bloque de Consulta Externas del Hospital Barbastro con una enfermera con conocimientos en Estomaterapia a tiempo completo.
Debido al número de pacientes, esta actividad se iniciará con 1 día a la semana de consulta y se podrá ir incrementando según las necesidades.
Se habilitará una consulta con el material necesario para exploración(mesa escritorio, sillas, camilla, espejo), para gestión de la consulta (ordenador, teléfono con línea al exterior, agenda propia con códigos de captura...) con espacio para almacenaje, buena ventilación y si es posible con aseo dentro.
Se comunicará a Centros de Salud, Servicios de Cirugía y Urología, Urgencias, Admisión la apertura de la consulta.
Responsables Supervisora de CCEE y la enfermera de la consulta

INDICADORES

nº de pacientes con ca colorrectal ostomizados atendidos en cta estomaterapia

nº de pacientes diagnosticados de ca colorrectal ostomizados

nº de complicaciones en pacientes atendidos

nº pacientes atendidos en total

nº pacientes primera visita cta Estomaterapia

nºpacientes nuevos diagnosticados

nº pacientes que reciben educación sanitaria en cta estomaterapia

nº pacientes nuevos diagnosticados

nº consultas telefónicas resueltas en cta Estomaterapia

nº total de consultas telefónicas

Mediante el registro informático de las atenciones, concretando con el Servicio de Admisión un código de captura de actividades propio como el resto de consultas.

DURACIÓN

- Enero 2017 :Exposición del proyecto a Dirección de Enfermería y Dirección Médica.
- Enero- Febrero 2017: habilitación de un espacio de consulta para consulta de Estomaterapia.
- Marzo 2017 :comunicación de la apertura de la consulta a centros de salud y resto de hospital.
- Marzo 2017: realización de folletos informativos.
- Abril- Mayo 2017: apertura de la consulta

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE FIDELA SOFIA MORA ALINS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ESTERILIZACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LANAU SAZATORNIL PILAR
FERNANDEZ GIL MARIA
SOPENA PUYUELO ROSA
LOPEZ REYES ELISA
BUETAS CARRUESCO PAZ
LAFUENTE MONZO BELEN
DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ENERO. Se realiza una reunión de equipo el día 29/01/2018, con las siguientes conclusiones:

- Durante la Actividad Quirúrgica de tardes (Cirugía Local y Derma) el lavado del instrumental lo asume la Central.
- Utilizar Agua destilada para aclarar el material de Oftalmología.
- Solicitar a la dirección que las sustituciones sean con personal que ya conozca el servicio.
- Plan de Formación, se considera primordial llegar a las 15h. de formación que establece el SGC.
- Se acuerda por unanimidad la creación de una rueda para la elección de las vacaciones.

ABRIL. Se realiza también una reunión el día 17/04/2018, conclusiones:

- Conclusiones de la reunión para la Revisión del Sistema de Calidad con la dirección.
- Posibilidad de reducir los tiempos de incubación de las esporas.
- Nos envían un nuevo formato para registrar las incidencias del material prestado de Trauma.
- Realizar cursos de formación para el personal.
- Se hizo un póster informativo que se expuso en las Jornadas de Calidad para comentar las mejoras conseguidas.

SEPTIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 24/09/2018, conclusiones:

- Se va a proceder al cambio del sistema informático de trazabilidad a finales de Septiembre.
- Se comenta que la actividad quirúrgica de tardes comenzará el 01/10/18.
- NOVIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 30/11/2018:

NOVIEMBRE. Se realiza también una reunión el día 30/11/2018, conclusiones:

- Se realiza una revisión del Informe de Auditoría Interna Octubre 2018.
- Cambio de coordinación de la enfermera de la central.
- El 3 de Diciembre se intentará poner en funcionamiento el programa de lavado.
- Comentamos problemas con las etiquetas que pegamos en las cajas, intentamos buscar nuevas soluciones.
- Se decide la importancia de conseguir una chapa indentificativa para los cestillos de la lavadora termodesinfectadora.

ABRIL. El día 24/04/18, la enfermera del Servicio se reúne con la Dirección del Centro y Supervisores.

- Expone:
- Los Objetivos de Calidad relacionados con los procesos.
 - Se han cumplido los objetivos que se esperaban.
 - Respecto a las encuestas deberían implicarse más los supervisores.
 - Se ha realizado y distribuido un poster por todos los servicios.
 - Incidencias y no conformidades detectadas en las Auditorías Internas y Externas.
 - Hemos asumido la limpieza del Fibroscopio de UCI una vez por semana y el Fibroscopio de Neumología, siempre que no lo puedan asumir en el servicio de Endoscopias.

Los días 05/11/2018 y 03/12/2018, la Enfermera de la Central se reúne con el Servicio de Quirófano.

- Expone:
- Con el nuevo programa de trazabilidad, las etiquetas salen de las autoclaves de vapor con la tinta un poco borrosa, iremos cambiando la ubicación hasta conseguir que salgan bien.
 - La Auditoría Interna que se realizó el día 30 de noviembre salió muy bien, aunque estamos a la espera del informe.
 - Comenta el personal de Quirófano que el envoltorio de tyvek el tamaño grande sale defectuoso.
 - El material que nos envían usado de Quirófano tiene que subir desmontado y abierto, revisar sobre todo las puntas de bisturí.
 - Mayor comunicación con el Servicio de Quirófano, y así poder optimizar recursos (lavavajillas, esterilizadores).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha conseguido instalar el nuevo programa TRAZINS, para el registro informático del control de carga y descarga en la esterilización y el programa del lavado.
- Se inicia la colocación de placas con código de barras para las cajas, así será más rápida la identificación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

- Adquisición de chapas para la identificación del instrumental en el lavavajillas
- Todo el personal fijo y contratado de la Central ha cumplido el objetivo de 15 horas.
- Contratación de una TCAE para la actividad quirúrgica de tardes.
- Adquisición de dos incubadoras para controles biológicos.
- Se han acortado los tiempos de la lavadora termodesinfectadora en 10 minutos.
- Se ha implicado la dirección en la rotación del personal.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En este momento se dispone de un protocolo de Manual de Acogida donde se explica la distribución de la Central de Esterilización y las tareas a realizar en las distintas zonas.

Durante la realización el protocolo se han conseguido los objetivos planteados, el 100% del personal nuevo ha recibido el manual de acogida con una buena implicación y el proyecto esta finalizado

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1329 ===== ***

Nº de registro: 1329

Título
ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

Autores:
MORA ALINS FIDELA SOFIA, LANAU SAZATORNIL PILAR, FERNANDEZ GIL MARIA, SOPENA PUYUELO ROSA, LOPEZ REYES ELISA, BUETAS CARRUESCO PAZ, LAFUENTE MONZO BELEN, DIAZ PEREZ JOSEFA DE LOS REYES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No patologia, contrato programa.
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La Central de Esterilización es un servicio muy específico, en el que se precisa de personal adiestrado para mantener la calidad y seguridad en el trabajo, situación que nos exige además la norma ISO-9001. Por este motivo pensamos que es necesario la creación de un Manual de Acogida para el personal de nueva incorporación, en el que se detalle la distribución de las tareas de los diferentes procesos que se llevan a cabo en el servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad del trabajo realizado
Disminuir la rotación del personal inexperto en el servicio.
Utilizar los recursos de forma eficiente.
Garantizar la seguridad del paciente.
Disminuir la variabilidad en el trabajo.
Mantener la Certificación ISO.

MÉTODO

Elaboración del Manual de Acogida
Elaborar un cronograma de tareas.
Elaboración de guías de Actuación de todos los procesos realizados.
Sesiones formativas para el personal
Diseño encuesta de satisfacción.
Análisis de resultados y puesta en marcha de acciones de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1329

1. TÍTULO

ACOGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA DE NUEVA INCORPORACION EN EL SERVICIO DE ESTERILIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO-2018

INDICADORES

Elaboración de Manual SI/NO
Elaboración de Guías SI/NO un cronograma de tareas
Nº personal nuevo en la Central
Nº de personas formadas/ Nº de total incorporadas
Indice satisfaccion del personal nuevo.

DURACIÓN

Documento elaborado y colgado en la intranet. Oct 18
Sesiones formativas. Oct-18 a Enero-19
Satisfacción de los profesionales mediante encuesta. Febrero 18

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ANA PUYAL MELE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MUR BARRABES DIANA
CABRERO LASIERRA JAVIER
ALONSO AYERBE LAURA
PESQUER VILAS ISABEL
GACON JUAN
PEYRET FERRER INMACULADA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
-UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO AL ALMACENAMIENTO
-COMPRA DEL ARMARIO ADECUADO A NORMATIVA
-ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS REFERENTES A PLANIFICACION CONTROL Y REGISTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-UNIFICACION DE CRITERIOS EN CUANTO AL ALMACENAMIENTO
-COMPRA DEL ARMARIO ADECUADO A NORMATIVA
-ACTUALIZACION DE LOS PROCEDIMIENTOS REFERENTES A PLANIFICACION CONTROL Y REGISTRO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
-PENDIENTE LA COLOCACION DE LOS ARMARIOS EN TODOS LOS SERVICIOS DONDE VAN DESTINADOS
-PENDIENTE LA UNIFICACION DE TODOS LOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES QUE DEBEN DE CONTENER

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/503 ===== ***

Nº de registro: 0503

Título
FARMACOS PSICOTROPOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PUYAL MELE ANA MARIA, MUR BARRABES DIANA, CABRERO LASIERRA FRANCISCO JAVIER, NADAL ABADIAS NATALIA, ALONSO AYERBE LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del proyecto es todo paciente ingresado en el Hospital de Barbastro
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los cambios legislativos regulados por el Real Decreto 1675/2012, de 14 de diciembre y la Orden PRE/2436/2013, de 26 de diciembre han conllevado una modificación en el manejo de los fármacos psicotrópos que lo equipara al llevado a cabo en el resto de terapéutica medicamentosa. Es por ello, que dichas modificaciones se han extendido a las diferentes unidades hospitalarias de nuestro centro, por lo que brinda la oportunidad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0503

1. TÍTULO

FARMACOS PSICOTROPICOS Y ESTUPEFACIENTES: UNIFICACION EN DISPENSACION, CONTROL, REGISTRO Y ALMACENAJE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

unificar su almacenaje de manera independiente de la unidad que se trate, aunando esfuerzos por homogeneizar el estocaje medicamentoso de dichos fármacos, reportando facilitar la labor enfermera en su manejo y seguridad. La mentada oportunidad de mejora es susceptible de extensión a los fármacos estupefacientes, ampliando los beneficios de su aplicación también a éstos. Dada la naturaleza de ambos grupos farmacológicos y su control mediante la pertinente legislación, es importante incidir sobre el proceder en su dispensación, control y registro, actualizando los procedimientos en nuestro centro hospitalario y aumentando la cultura de seguridad en el manejo enfermero de los fármacos implicados.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es la homogeneización en el almacenaje de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes en las diferentes unidades de hospitalización del Hospital de Barbastro, así como la actualización de los procedimientos en la dispensación, control y registro de éstos, implicando de manera inherente un aumento de la simplicidad y seguridad en el manejo de éstos en las diferentes Unidades del Hospital de Barbastro.

MÉTODO

El Proyecto parte de la base ya asentada por el equipo del Servicio de Farmacia, quienes informaron pertinentemente de la modificación legislativa y sus implicaciones a las diferentes Unidades en Junio de 2016. Partiendo de dicha base:

- * Se unificará el modo de almacenaje de los fármacos psicotrópicos y los estupefacientes según criterios consensuados por el propio Servicio de Farmacia y por los supervisores de las Unidades de hospitalización de nuestro centro
- * Se actualizarán los procedimientos referentes a la dispensación, control y registro de los fármacos psicotrópicos y estupefacientes, incluyendo éstos en la Intranet de nuestro Sector, facilitando el conocimiento y el adecuado manejo de éstos por el personal sanitario

INDICADORES

Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos psicotrópicos
Porcentaje de Unidades que han homogeneizado el almacenaje de fármacos estupefacientes
Porcentaje de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de fármacos estupefacientes y psicotrópicos actualizados y registrados en la Intranet del Sector Barbastro

DURACIÓN

OCTUBRE-NOVIEMBRE DE 2016. Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Farmacia para lluvia de ideas de almacenaje de psicótrpicos y estupefacientes. Chequeo de procedimientos de almacenamiento, dispensación y control de psicótrpicos y estupefacientes para consensuar actualización de éstos.

OCTUBRE 2016-ENERO 2017

- * Elección de una Unidad para pilotar la aplicación del proyecto
- * Dotación del material necesario para el almacenaje de los psicótrpicos y los estupefacientes
- * Pilotaje del almacenaje y manejo de psicótrpicos y estupefacientes

MARZO DE 2017.

- *Evaluación del funcionamiento del pilotaje y ajuste si procede
 - * Incluir la actualización de los procedimientos en la Intranet del Sector de Barbastro
- MAYO 2017 Puesta en marcha del Proyecto en el resto de Unidades y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PAULA GOMEZ RIVAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
LALANA GARCES MARTA
FLORIAN GERICO JESUS
HARB SAID YAMAL
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una revisión bibliográfica de las guías publicadas en relación a la profilaxis de la reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes con terapias inmunosupresoras.
- Los documentos revisados fueron los siguientes:
 - o Castellano G, Manzano M.L. Tratamiento y profilaxis de la hepatitis B en pacientes inmunosuprimidos. Gastroenterol Hepatol. 2012; 35 (Espec Congr1):1-19
 - o Buti M, García-Samaniego J, Prieto M, Rodríguez M, Sánchez-Tapias J.M, Suárez E, Esteban R. Documento de consenso de la AEEH sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B (2012). Gastroenterol Hepatol. 2012;35(7):512-528
 - o Papatheodoridis G, Buti M, Cornberg M, Janssen H, Mutimer D, Pol S, Raimondo G. Guía de práctica clínica de la EASL: Tratamiento de la infección crónica por el virus de la hepatitis B. Journal of Hepatology 2012;57:167-185
 - o Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen H, Papatheodoridis G, Zoulim F, Tacke F. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection.
 - o Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor. Agencia Española del Medicamento. [ultimo acceso 2 septiembre 2016]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2014/NI-MUH_FV_11-2014-inmunosupresores.htm
 - o Riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes tratados con imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib y ponatinib (medicamentos inhibidores de la tirosin quinasa bcr-abl). Agencia Española del Medicamento. [ultimo acceso 15 de septiembre 2016]. Disponible en: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2016/NI-MUH_FV_08-hepatitis-B.htm
 - o Loomba R, Liang TJ. Hepatitis B reactivation associated with immune suppressive and biological modifier therapies: current concepts, management strategies and future directions. Gastroenterology. 2017
- Se identificaron los pacientes que habían iniciado tratamiento inmunosupresor en el periodo de septiembre de 2015 a septiembre de 2017, a través del sistema informático de gestión de Farmacia Hospitalaria (Dominion Farmatools®).
- Se identificaron todos los pacientes a los que se solicitó una serología de hepatitis B entre enero de 2015 y septiembre de 2017, a través del sistema informático de gestión del laboratorio (Modulab®)
- Se cruzaron los datos obtenidos para identificar aquellos pacientes que a los que no les realizó cribado de riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B.
- Tras la obtención de los resultados se mantuvieron reuniones con los servicios implicados y se consensó un protocolo de actuación previo al inicio de la terapia inmunosupresora.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha consensado un protocolo de cribado, seguimiento y profilaxis de los pacientes en riesgo de reactivación de hepatitis B por terapia inmunosupresora. Los servicios prescriptores de terapias inmunosupresoras valoran la aplicación del cribado en sus pacientes en función de la enfermedad de base y tipo de terapia inmunosupresora. Una vez realizada la serología en los pacientes seleccionados, el Servicio de Análisis Clínicos alerta de los posibles casos de riesgo y el médico prescriptor lo deriva al Servicio de Digestivo mediante un formulario de valoración. Así mismo en el Servicio de Farmacia se comprueba el estado serológico del paciente previo al inicio de la terapia inmunosupresora para corroborar la aplicación de las recomendaciones consensuadas en los pacientes seleccionados.

Cálculo de indicadores propuestos:

- Consenso de protocolo de cribado: SI
- Implantación de protocolo de cribado: SI
- N° de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor= 108/280
- N° de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados = 100/108
- N° de pacientes con reactivación del VHB/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor = 0

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El trabajo multidisciplinar en este equipo de mejora ha posibilitado la implantación de un protocolo de cribado para minimizar el riesgo de reactivación de hepatitis B en atención especializada en nuestro sector. La coordinación entre los distintos servicios implicados es clave para alcanzar los mejores resultados posibles en nuestros pacientes. Dada la cantidad de servicios y profesionales implicados, que prescriben terapias inmunosupresoras, son necesarios algunos meses más de aplicación del protocolo para alcanzar el cribado en el 100% de los pacientes en riesgo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/853 ===== ***

Nº de registro: 0853

Título
ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Autores:
GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, CALDERERO ARAGON VERONICA, FLORIAN GERICO JESUS, HARB SAID YAMAL, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace décadas es conocido el riesgo de reactivación de la hepatitis B en pacientes que inician un tratamiento inmunosupresor. Las consecuencias de esta complicación pueden ser muy graves. En los últimos 15 años, con la aparición de nuevos tratamientos inmunosupresores y biológicos ha habido un aumento en el número de casos comunicados en la literatura científica. En el año 2014 la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) emitió una nota informativa acerca de la "Reactivación de la hepatitis B secundaria a tratamiento inmunosupresor" alertando sobre el riesgo que supone la reactivación de este virus cuando se realiza un tratamiento con medicamentos inmunosupresores (quimioterapia tradicional, anticuerpos monoclonales, anti-TNF y corticoides). Este año 2016 se ha emitido una nueva nota sobre los inhibidores de la tirosin-kinasa. Actualmente en el Hospital de Barbastro no hay ningún protocolo consensuado e implantado sobre el manejo del riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar un tratamiento inmunosupresor.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estimar cuántos pacientes han estado en riesgo de reactivación de la hepatitis B por un tratamiento inmunosupresor en el último año.
- Consensuar un protocolo de cribado de pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B en pacientes que van a iniciar terapia inmunosupresora
- Establecer las recomendaciones de actuación en las distintas situaciones serológicas de los pacientes en riesgo
- Implementar un protocolo de cribado y de recomendaciones de actuación

MÉTODO

Se realizará una revisión bibliográfica de las evidencias disponibles en cuanto al cribado y las recomendaciones de manejo de los pacientes en riesgo de reactivación del virus de la hepatitis B por terapias inmunosupresoras.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0853

1. TÍTULO

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA PROFILAXIS DE REACTIVACION DEL VIRUS DE LA HEPATITIS B EN PACIENTES CON TERAPIAS INMUNOSUPRESORAS

Se realizará un estudio de los pacientes que han iniciado terapia inmunosupresora en el último año así como su estado serológico frente a hepatitis B.

Se realizará una reunión con los servicios que más comúnmente prescriben terapias inmunosupresoras (oncología, hematología, reumatología, digestivo, dermatología) así como con laboratorio y medicina preventiva.

Se consensuará e implementará el protocolo de cribado y actuación.

INDICADORES

- Consenso de protocolo de cribado y actuación: SI/NO

- Implantación de protocolo de cribado y actuación: SI/NO

Una vez implantado el protocolo de cribado y actuación se calcularán los siguientes indicadores:

- N° de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor en los que se realiza cribado/ total pacientes que inician tratamiento inmunosupresor

- N° de pacientes en los que se siguen las recomendaciones de actuación/ total de pacientes cribados

- N° de pacientes reactivación del virus de la hepatitis B/ total de pacientes que inician tratamiento inmunosupresor

DURACIÓN

- Primer trimestre: Revisión bibliográfica y envío a todos los profesionales implicados. Estudio inicio de tratamientos y serologías.

- Segundo semestre: reunión y consenso del protocolo

- Tercer trimestre: implantación del protocolo

- Cuarto trimestre: seguimiento de resultados

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO GASTON AÑAÑOS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

OLIVERA BARDAJI ROSARIO
LISA MORCILLO CARMEN
NAVARRO BOMETON PILAR
ABADIA VILLACAMPA AVELINA
GUTIERREZ MAICAS ANA MARIA
FARO ESCUDER DORIS
ORTEGA DOMPER OLIVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En el primer trimestre: Selección y distribución de capítulos.

Se han seleccionado las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico:

- Gestión de almacén, pedidos, entradas, devoluciones, control de lotes y caducidades.
- Dispensación por unidosis, por stock en planta, estupefacientes, PRNs, armarios dispensadores, dispensación a otros centros del SALUD.
- Dispensación a pacientes externos.
- Elaboración y dispensación de fórmulas y preparados no estériles. Area de laboratorio.
- Elaboración y dispensación de citostáticos y otras fórmulas estériles. Area de campanas.
- Información de medicamentos, consultas, catálogos, boletines, guías, notas informativas.

En el segundo y tercer trimestre: Elaboración de los capítulos para las distintas actividades, incluyendo los conceptos clave para el desarrollo de las mismas.

Se han elaborado los siguientes capítulos:

INTRODUCCIÓN
ASPECTOS LEGALES
DOCUMENTOS BÁSICOS DEL SFH: PNTs
GUÍA FARMACOTERAPÉUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO (GFT)

1. EL ALMACÉN DE FARMACIA

ENTRADAS DE MEDICAMENTOS A FARMACIA:

- Recepción de pedidos de proveedores
- Recepción de colirios de sueros autólogos del Banco de Sangre
- Recepción de pedidos del almacén Novaltia y oficinas de farmacia
- Recepción de préstamos y devoluciones de otros hospitales

SALIDAS DE MEDICAMENTOS DE FARMACIA:

- Devoluciones a proveedor
- Préstamos y devoluciones a otros hospitales

CONTROLES DE LOTES, CADUCIDADES E INVENTARIOS:

- Reetiquetado de medicamentos en dosis unitarias
- Reenvasado de medicamentos en dosis unitaria
- Control de caducidades
- Recuentos de inventario

2. DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS A HOSPITALIZACIÓN

- Dispensación en unidosis: carros
- Dispensación en unidosis: fuera de turno
- Dispensación de pedidos a plantas y consultas del Hospital de Barbastro
- Dispensación de sueros
- Dispensación de pedidos a otros centros del SALUD
- Reposición de Pyxis
- Reposición de Unidosis y Kardex
- Dispensación en unidosis: PRNs
- Dispensación de estupefacientes

3. DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS

4. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE FÓRMULAS Y PREPARADOS NO ESTÉRILES. AREA DE FARMACOTECNIA

5. ELABORACIÓN Y DISPENSACIÓN DE CITOSTÁTICOS Y OTRAS FÓRMULAS ESTÉRILES. AREA DE CAMPANAS

- Dispensación de nutriciones parenterales mezcladas para UCI (campana)
- Dispensación de citostáticos y otros medicamentos biopeligrosos (campana)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

6. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS, CONSULTAS, CATÁLOGOS, BOLETINES, GUÍAS, NOTAS INFORMATIVAS

- Vademecum, Medimecum, Catálogo de Especialidades
- Guía de Administración Parenteral de Medicamentos
- Protocolos de Intercambio Terapéutico
- Libro de comunicación para cambios de turno
- Libro de comunicación de stocks bajo mínimo
- BOT PLUS

ANEXOS

- Listado de medicamentos por principio activo
- Listado de medicamentos por nombre comercial
- Listado de recolección de medicamentos de PYXIS por principio activo
- Listado de recolección de medicamentos de PYXIS por nombre comercial
- Listado de equivalencias de medicamentos
- Dosis, unidades de medida, volúmenes, concentración
- Especialidades farmacéuticas inyectables no diarias
- Guía ilustrada para la identificación de sueros
- Guía de Antídotos para el manejo de intoxicaciones
- Guía de insulinas comercializadas

En el cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión.

Se ha realizado el diseño y maquetación del manual siguiendo en parte el formato de los procedimientos normalizados de trabajo, pero primando los aspectos prácticos y referenciando los aspectos más técnicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro cuenta con personal auxiliar y técnico de farmacia de apoyo al personal farmacéutico especialista en las labores propias de la Farmacia Hospitalaria, que requieren para su buen desarrollo el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades prácticas.

El objetivo del manual es recopilar y organizar un material de soporte a las decisiones del personal en las distintas tareas que se desarrollan.

Se ha elaborado el manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria.

Se ha realizado la impresión del manual.

El manual está disponible en el área de dispensación del Servicio de Farmacia, que es la zona más céntrica y mejor comunicada y más accesible para el personal auxiliar y técnico en farmacia hospitalaria.

Además de haberse difundido entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, el manual formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

INDICADORES, EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO:

- N° de capítulos elaborados 43
- Edición del manual impreso: SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El simple hecho de la puesta en marcha del proyecto ha significado un estímulo para todos los componentes del grupo de mejora.

En primer lugar, el grupo ha identificado las múltiples líneas de trabajo que en el transcurso de los últimos años la Farmacia Hospitalaria ha incorporado a su actividad profesional, y que han formado parte de la reflexión del personal más veterano en el servicio, que ha ido viendo cómo se iban incorporando paulatinamente al día a día.

El trabajo en el proyecto también ha evidenciado la especialización que ha ido surgiendo, y que claramente ha desmarcado la actividad que desarrolla el personal auxiliar en el Servicio de Farmacia de la de otros servicios del hospital, y que implica una capacitación que la nueva titulación de técnico en farmacia viene a corroborar.

Con el desarrollo de este manual, el personal auxiliar y técnico se ha hecho más consciente de la necesidad de una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por su parte ante el papel referente del Servicio de Farmacia en áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, patologías infecciosas como el VIH o la hepatitis C, las enfermedades neurodegenerativas, autoinmunes, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico.

También, en todo lo relacionado con el uso seguro de los medicamentos, el personal auxiliar y técnico de farmacia debe desarrollar en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar los resultados adecuados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

La elaboración y edición del manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

El manual queda abierto para su actualización continua, siguiendo la evolución del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro y de la Farmacia Hospitalaria en general.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/923 ===== ***

Nº de registro: 0923

Título
ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Autores:
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO, OLIVERA BARDAJI ROSARIO, LISA MORCILLO CARMEN, NAVARRO BOMETON PILAR, ABARDIA VILLACAMPA AVELINA, GUTIERREZ MAICAS ANA, FARO ESCUDER DORIS, ORTEGA DOMPER OLIVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología hospitalaria
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el transcurso de los últimos años la farmacia hospitalaria ha experimentado una gran evolución. Los Servicios de Farmacia Hospitalaria actualmente desempeñan funciones de alta especialización y capacitación, siendo el farmacéutico de hospital referente en todo lo relacionado con los medicamentos, la seguridad y la investigación, y una figura clave en muchas áreas terapéuticas complejas como son el cáncer, la patología infecciosa, las enfermedades neurodegenerativas, artropatías, enfermedades raras y otras de elevado impacto sanitario y/o económico. En esta situación es clave que el personal auxiliar y técnico de farmacia desarrolle en todo momento actividades de apoyo al farmacéutico hospitalario para garantizar un adecuado funcionamiento del servicio. Debido a la creciente complejidad de los tratamientos almacenados, dispensados y elaborados en los Servicios de Farmacia, es imprescindible una adecuada capacitación y asunción de responsabilidades por parte del personal auxiliar y técnico. La elaboración y edición de un manual de consulta para el personal técnico y auxiliar de farmacia hospitalaria puede aumentar la calidad y seguridad en el desarrollo de sus funciones.

RESULTADOS ESPERADOS
Elaborar un manual para auxiliares y técnicos en farmacia hospitalaria
Edición impresa del citado manual
Difundir el manual entre el personal del servicio de farmacia hospitalaria

MÉTODO
Se seleccionarán las actividades y funciones más importantes del personal auxiliar y técnico, así como conceptos clave para el desarrollo de las mismas.
Se elaborará un capítulo para cada actividad y/o función por el farmacéutico del servicio de farmacia hospitalaria.
Se realizará el diseño y maquetación del manual.
Se difundirá entre el personal técnico y auxiliar del servicio de farmacia, y formará parte del material de inicio para el nuevo personal que se incorpore.

INDICADORES
Nº de capítulos elaborados
Edición del manual impreso: SI/NO

DURACIÓN
Primer trimestre: Selección y distribución de capítulos
Segundo semestre: Elaboración de los capítulos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0923

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN MANUAL PARA AUXILIARES Y TECNICOS EN FARMACIA HOSPITALARIA

Tercer trimestre: Elaboración de los capítulos
Cuarto trimestre: Edición y maquetación del manual para impresión

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO
SICART LONCAN SILVIA
BUERA AGRAZ JAIME
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
GOMEZ RIVAS PAULA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En este momento se ha realizado una reunión presencial con todo el equipo para explicar el proyecto y varias reuniones entre miembros del equipo. Se han elaborado los manuales de prescripción para el personal médico y manual de administración para personal de enfermería. En colaboración con enfermería se han configurado e introducido en el programa una lista de cuidados de enfermería predefinida con un total de 53 cuidados. Así mismo se han actualizado los manuales para el personal de farmacia encargado de la carga de carros de unidosis. También se ha realizado la parametrización del carro de medicina interna y de las camas correspondientes. Finalmente se han revisado también 836 fichas de medicamentos lo que supone un 56% de los medicamentos disponibles para la prescripción. Durante la revisión se han comprobado y definido las dosis y vías habituales y la parametrización de sus características.

Debido a la adquisición del aplicativo web para la prescripción electrónica (Prescriptools®) por parte de Servicios Centrales y a su inminente implantación, se ha decidido retrasar la implementación hasta disponer de este nuevo software. De esta manera pretendemos implantar el software y circuito definitivo en nuestro centro.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado todo el trabajo necesario previo a la implantación y se han creado las instrucciones y protocolos para la elaboración de los carros en el Servicio de Farmacia. El impacto del proyecto en el momento actual ha recaído fundamentalmente en el Servicio de Farmacia mediante la estandarización de procesos clave. En cuanto a los indicadores:

- número de reuniones presenciales: 4
- número de instrucciones de trabajo creadas: 5
- número de usuarios introducidos en el sistema: 37

El resto de indicadores se calcularán en el momento de la implantación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La llegada de la nueva plataforma de prescripción ha retrasado la conclusión del proyecto, no obstante, se ha producido una concienciación y predisposición del personal médico y de enfermería respecto a éste. En las distintas reuniones se ha perfilado cuál será el circuito de trabajo una vez se implante la prescripción electrónica y las necesidades/expectativas de cada uno de los grupos de trabajo. En el momento en el que el nuevo software esté disponible se realizará la implantación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/934 ===== ***

Nº de registro: 0934

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BUSTOS MORELL CRISTINA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, PUYUELO BLECUA CARMEN, RUIZ MONTES FRANCISCO, BUERA ARGAZ JAIME, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, MOLINER MARCEN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro Tipo Patología: pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Tras la publicación del informe "To err is human" en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la transcripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como: problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas...), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de transcripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial. La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc). En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergias, duplicidades, etc...)

MÉTODO

Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®). Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios. Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas. Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso. La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

INDICADORES

- o N° de reuniones presenciales
- o N° de sesiones formativas realizadas
- o N° de usuarios médicos formados
- o N° de enfermeras formadas
- o N° de usuarios creados en el programa
- o N° de consultas telefónicas al SF tras la formación
- o N° de médicos formados ajenos a la unidad de MI
- o Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
- o N° de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
- o N° de instrucciones de trabajo creadas
- o Grado de satisfacción del personal médico
- o Grado de satisfacción del personal de enfermería

DURACIÓN

- Las fechas son orientativas
- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
 - Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo.
- Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos
- 10/01/2017-19/01/2017
- Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
 - Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
 - Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Sesión formativa médicos 28/02/2017
- Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
- Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
- Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
- Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
- Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
- Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
- Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
- Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
- Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

OBSERVACIONES

Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar el proyecto

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 07/03/2019

2. RESPONSABLE CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
SICART LONCAN SILVIA
RUIZ MONTES FRANCISCO
BUERA AGRAZ JAIME
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
CASTELLAR OTIN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Julio de 2018 se nos presentó el nuevo software PresSalud® desde Servicios Centrales del SALUD. Desde ese momento comenzó a validarse la versión desde el Servicio de Farmacia, habiéndose reportado un total de 83 incidencias, de las cuales se han resuelto 25 y quedan pendientes 58, que esperamos, se solucionen en versiones posteriores. Estas incidencias se han comunicado por correo electrónico o mediante reuniones telefónicas con Servicios Centrales.

El lunes 19 de Noviembre de 2018 se comenzó con la implantación en la planta de Medicina Interna (control enfermería 5 Izquierda). El jueves y viernes de la semana previa al comienzo, se realizaron 6 sesiones de formación para médicos, y 4 sesiones de formación para enfermería. También se han realizado 2 sesiones formativas con el personal técnico de farmacia, y una reunión previa con las supervisoras.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores:

- Numero de reuniones presenciales:
 - o Reuniones telefónicas Farmacia con SSCC: 16
 - o Reuniones presenciales con enfermería (supervisora): 10
 - o Reuniones presenciales con medicina (jefe servicio): 3
- Numero de instrucciones de trabajo creadas:
 - o Manual de administración de enfermería (vers 1.3) + instrucciones impresión hojas de administración
 - o Manual de prescripción para médicos (vers 1.3)
 - o Presentación para el personal de farmacia
 - o Instrucciones para alta de usuarios en el programa (vers 1.1)
 - o Instrucciones para las "bolsas" de turno de tarde (vers 1.1)
 - o Documentos de apoyo para el S Farmacia (3 documentos)
- N° de sesiones formativas realizadas
 - o Medicina 6
 - o Enfermería 4
 - o Farmacia (técnicos) 2
- N° de usuarios médicos formados: 23
- N° de enfermeras formadas: 31
- N° de usuarios creados en el programa: 91 médicos 40 enfermeras
- N° de consultas telefónicas al SF tras la formación: 87
- N° de médicos formados ajenos a la unidad de MI: 14
- Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF: 20 min (tiempo de resolución máximo)
- N° de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación: 176 horas (aproximadamente)

El grado de satisfacción de los usuarios con el programa será evaluado mediante la encuesta posterior a la implantación, y sus resultados serán comunicados en las próximas jornadas de calidad, ya que a fecha de cierre de esta memoria no se han recibido las encuestas post-implantación.

- Grado de satisfacción del personal médico
- Grado de satisfacción del personal de enfermería

En resumen, se ha conseguido implantar la prescripción y administración electrónica de medicamentos en el 100% de las camas de la unidad de Medicina Interna (control de enfermería 5° Izquierda) de nuestro hospital.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Desde el momento de la implantación, este control de enfermería prescribe con la aplicación electrónica y administra con firma electrónica los medicamentos de los pacientes ingresados. Respecto al proceso de implantación, hemos aprendido que es mejor no realizarlo en lunes, para que puedan revisarse y actualizarse las órdenes médicas e incluir los cuidados de enfermería el día previo. Además hemos solicitado al Servicio de Informática la creación de un entorno de pruebas para que los usuarios puedan formarse de manera práctica y no sólo con sesiones teóricas, lo que consideramos será más beneficioso para los prescriptores, ya que es una parte de bastante complejidad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro de los elementos que ha ocupado y sigue ocupando parte de la actividad del Servicio de Farmacia es la adecuación de las prescripciones médicas a los horarios de administración de enfermería, debido a que el programa informático solo permite que el médico y el farmacéutico modifiquen las horas de prescripción/administración, y sin embargo las enfermeras deben administrar dentro de los turnos establecidos. El registro y visualización de los cuidados de enfermería en la aplicación también está representando un reto del que (desde Farmacia) no habíamos sido conscientes.

En relación al aplicativo Pressalud, desde nuestra experiencia consideramos que aún queda un amplio margen de mejora para que se adapte a la práctica clínica habitual, por ello mantenemos la colaboración estrecha con Servicios Centrales para reportar las incidencias y posibles mejoras del programa informático.

Por otra parte ha sido necesario aumentar el número de equipos informáticos en el control de medicina interna, ya que tanto médicos como enfermeras deben utilizarlos, y en las tablets la aplicación no funciona con la velocidad suficiente. Es decir, la dotación de equipos informáticos y la velocidad de las aplicaciones en ellos es un elemento clave para la implantación de las herramientas electrónicas. También ha resultado clave la disponibilidad de espacio en el control, ya que aún no se han realizado en él las obras de mejora, y el espacio resulta angosto en muchos de los momentos de la jornada.

Con el Servicio de Informática hemos trabajado activamente durante todo el proceso y en los momentos de incidencia, en este sentido hubo que delegar en informática la creación y activación de usuarios, ya que el Servicio de Farmacia no dispone de un farmacéutico presencial en todos los días del año. La incorporación de personal eventual de enfermería durante festivos para cubrir bajas supone un gran reto, ya que para la administración electrónica deben disponer de una clave que ha de ser personal e intransferible. También hemos detectado con el Servicio de Informática y Servicios Centrales varias incidencias en la aplicación del censo de pacientes (incepo), y en este momento se está trabajando en su resolución, puesto que resulta un elemento clave para la prescripción.

Otro de los retos que se nos plantean actualmente es la creación de planes de contingencia para posibles eventualidades en el funcionamiento de los equipos informáticos.

En referencia a las posibilidades de replicación hemos detectado que es necesario implantar previamente la prescripción electrónica en el Servicio de Urgencias, ya que al no ser así el único internista de guardia del centro debe introducir los ingresos en el programa, lo que se añade al resto de tareas que realiza en la guardia produciendo una sobrecarga de trabajo. Por ello en el momento actual se ha decidido que la siguiente unidad que comenzará a prescribir electrónicamente sea el Servicio de Urgencias (cuando haya terminado la epidemia de gripe comenzaremos a trabajar para su implantación). Después, se realizará la expansión del proyecto al resto de plantas de hospitalización.

Finalmente consideramos que la comunicación entre profesionales, tanto en el proceso de implantación como en el desarrollo y continuación del procedimiento, es un elemento clave que hay que reforzar y mantener.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/934 ===== ***

Nº de registro: 0934

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BUSTOS MORELL CRISTINA, GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, PUYUELO BLECUA CARMEN, RUIZ MONTES FRANCISCO, BUERA ARGAZ JAIME, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, MOLINER MARCEN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: pacientes ingresados en servicio de Medicina Interna
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Gestión por procesos
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Tras la publicación del informe "To err is human" en 1999, muchos países e instituciones han trabajado para reducir y eliminar los errores de medicación (EM). Diferentes estudios muestran que hasta un 56% de los EM se producen en el momento de la prescripción, el 34 % en la administración, un 6 % en la trascripción y un 4% en la dispensación. Los errores de prescripción son mayoritarios y pueden deberse a diferentes factores como:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

problemas de prescripción (ambigüedad, pautas incompletas, escritura ilegible, abreviaturas...), errores en el registro de una orden verbal o telefónica, fallos en la identificación de pacientes etc. Además también son importantes los errores derivados del proceso de transcripción, tanto por parte del servicio de farmacia (SF) como por enfermería, lo que genera dos registros diferentes a partir de una orden médica inicial. La introducción de la prescripción electrónica asistida (PEA) permite una reducción significativa de los EM, en torno al 65%. Esta reducción se deriva de la estandarización en las órdenes médicas, con campos completos y letra legible. También de la existencia de un registro único y actualizado para todo el personal implicado en el proceso. Sin embargo gran parte de la reducción de los EM se debe a que la PEA es un apoyo para el médico prescriptor, debido a que en fases iniciales permite avisos por alergias, duplicidades y ofrece información sobre las dosis por defecto, y en fases avanzadas pueden ofrecer herramientas más complejas al prescriptor (ajustes por IR, interacciones, protocolos farmacoterapéuticos, selección de fármacos de uso restringido etc). En España, el Ministerio de Sanidad recoge dentro de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud para el periodo 2015-2020 la PEA como una de sus líneas estratégicas en el uso seguro de los medicamentos. El informe sobre la situación de los SF en España publicado por la SEFH con datos de 2015 refleja que 3 de cada 4 hospitales disponen de PEA para pacientes ingresados.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir los EM en el proceso farmacoterapéutico en el paciente ingresado.
- Facilitar la labor del personal implicado
- Aumentar la calidad y seguridad en la asistencia
- Mejorar y agilizar la comunicación entre profesionales sanitarios y aumentar la información sobre datos relevantes (alergias, duplicidades, etc...)

MÉTODO

Se realizarán sesiones formativas con el personal implicado para el manejo del software de PEA (Farmatools®). Se redactarán instrucciones de trabajo como apoyo a los usuarios. Durante la puesta en marcha un farmacéutico estará disponible en la unidad de medicina interna (MI) para resolver las posibles dudas y consultas. Antes y después del proceso se realizará una encuesta tanto al personal de enfermería como a los facultativos implicados para conocer sus expectativas y su satisfacción con el proceso. La experiencia obtenida con la unidad de MI se trasladará en fases sucesivas al resto de unidades de hospitalización del centro de manera que a finales de 2017 todas las unidades de hospitalización excepto UCI y urgencias dispongan de PEA.

INDICADORES

- o N° de reuniones presenciales
- o N° de sesiones formativas realizadas
- o N° de usuarios médicos formados
- o N° de enfermeras formadas
- o N° de usuarios creados en el programa
- o N° de consultas telefónicas al SF tras la formación
- o N° de médicos formados ajenos a la unidad de MI
- o Tiempo de resolución de las consultas telefónicas al SF
- o N° de horas que se precisa un farmacéutico en la planta tras la formación
- o N° de instrucciones de trabajo creadas
- o Grado de satisfacción del personal médico
- o Grado de satisfacción del personal de enfermería

DURACIÓN

- Las fechas son orientativas
- Reunión grupo de mejora: presentación del proyecto, calendario y fases 03/11/2016
 - Reunión con médicos y enfermeros de MI: conocer circuitos de prescripción y organización del trabajo.
- Entrega de encuesta. 10/11/2016 y 17/11/2016
- Parametrización de carro y camas. Reunión con personal de SF y propuesta de nuevos circuitos 10/01/2017-19/01/2017
 - Creación de instrucciones de trabajo (IT) 26/01/2017-16/02/2017
 - Reunión equipo de mejora para revisión de IT, resultados de encuesta y calendario definitivo de sesiones formativas en MI 23/02/2017
 - Puesta a punto de equipos informáticos, creación de usuarios en el programa e instalación del software 20/02/2017
 - Sesión formativa médicos 28/02/2017
 - Sesión formativa enfermeras 28/02/2017
 - Sesión formativa personal de SF 27/02/2017
 - Inicio de la PEA en MI 01/03/2017
 - Entrega de encuesta de satisfacción 27/03/2017
 - Recogida de encuesta de satisfacción 27/04/2017
 - Análisis de resultados de la encuesta 03/05/2017
 - Reunión con el grupo de mejora para valorar la implantación y los resultados de la encuesta 11/05/2017
 - Análisis de indicadores y memoria final del proyecto de mejora 15/05/2017
 - Presentación de los resultados del proyecto al grupo de mejora 15/06/2017

OBSERVACIONES

Será necesario disponer de recursos informáticos (impresoras y ordenadores) para desarrollar el proyecto

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0934

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE ELISA MARIA SAHUN GARCIA
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUERA AGRAZ JAIME
GASTON AÑANOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
BUSTOS MORELL CRISTINA
FLORIAN GERICO JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo el diseño del Portal de Información Farmacoterapéutica, se ha desarrollado su programación web con el Departamento de Informática del Hospital, y se ha integrado en la Intranet del Sector Barbastro, de forma que sea accesible para todos los profesionales a través del enlace "FARMACIA BARBASTRO". En el diseño se ha optado por una estructura de iconos, la cual posibilita una interface más visual y amigable para el usuario, y por otra parte permite realizar actualizaciones del contenido manteniendo el aspecto externo. Una vez decidido el formato, el grupo de trabajo consensuó los contenidos del Portal, y llevó a cabo la recopilación y organización de los documentos, así como los enlaces a los recursos farmacoterapéuticos más relevantes en la práctica clínica habitual.

El 25 de Octubre de 2018 se presentó a la Comisión del Sector Barbastro para El Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, de la que forman parte profesionales de distintos Servicios, tanto de Atención Primaria como de Atención Especializada.

Se han aprovechado las sesiones formativas relativas a la implantación de la Prescripción Electrónica que se han realizado a los distintos profesionales del área de Medicina Interna, tanto médicos como de enfermería, para dar a conocer "in situ" el Portal y su contenido:

- Documentos internos del Hospital: Guía Farmacoterapéutica, Guía de Administración de Medicamentos por vía Parenteral, Guía de Antídotos, Guía de Administración de Medicamentos por Sonda, vademecum de nutrición e impresos de solicitud de nutrición artificial; enlace al petitorio para reposición de Botiquines de planta.
- Documentos del Servicio Aragonés de Salud: acceso a Farmasalud, recomendaciones del uso de fármacos, Impreso para el Consentimiento informado, Protocolos de Intercambio Terapéutico.
- Acceso a la página del Ministerio de Sanidad: CIMA, alertas, desabastecimientos, Sistema Español de Farmacovigilancia y tarjeta amarilla.
- Otras informaciones útiles, como acceso al BOT-Plus.
- Manuales de prescripción y administración de Pressalud®

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha facilitado enormemente el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Se ha optimizado el uso de los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos, y se ahorra en impresión de documentos, disponibles on-line.
- Se ha establecido un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés, como los Manuales para la Prescripción y Administración en la Prescripción Electrónica (Pressalud®) recientemente implantada en el Hospital de Barbastro.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El Portal ha tenido una muy buena acogida por parte de los profesionales sanitarios. La información que contiene está actualizada, permitiendo disponer de las últimas versiones de los documentos. El Portal está abierto a las nuevas necesidades que puedan surgir, así como a las sugerencias de los usuarios. En este sentido, el 12 de diciembre de 2018 se añadió el acceso a Pediamecum y a e-lactancia atendiendo la solicitud del Servicio de Pediatría. La mayoría de las consultas las resuelve el propio solicitante, tutorizado por el farmacéutico. De forma progresiva, y a medida que avance la implantación de la Prescripción electrónica, se irán realizando sesiones difundiendo el contenido por el resto de áreas. Queda pendiente la introducción de un acceso a los acuerdos alcanzados en la Comisión del Sector Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios, y más adelante, para el resto de Comisiones del Hospital. Por el momento no se ha podido implementar técnicamente un contador que nos proporcione el número de visitas a la plataforma.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1078 ===== ***

Nº de registro: 1078

Título
PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
SAHUN GARCIA ELISA MARIA, BUERA AGRAZ JAIME, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, FLORIAN GERICO JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El proyecto se enmarca en la participación del Hospital de Barbastro en la filosofía de la Red de Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios de Aragón, y en particular en las funciones de la Comisión de Información y Actualización en Farmacoterapia de Aragón:
- Proporcionar y difundir información de forma ágil, periódica y actualizada, basada en la evidencia científica, sobre el uso racional del medicamento y de los productos sanitarios al conjunto de profesionales y estructuras de la Red.
- Colaborar en el diseño y mantenimiento de las bases de datos que soportan las herramientas de ayuda a la prescripción en los sistemas corporativos de prescripción electrónica asistida del Servicio Aragonés de Salud. Los constantes cambios y actualizaciones en la información de que debe disponer un profesional sanitario en su trabajo habitual hacen necesario un sistema ágil de acceso a la misma.
Desde el Servicio de Farmacia se detecta dificultad a la hora de buscar información cotidiana sobre fármacos disponibles, forma de administración, dosificación en poblaciones especiales, compatibilidad, dispensación extrahospitalaria, si ésta es con o sin visado, normativa al respecto, acceso a formularios, desabastecimientos y alertas.
Asimismo, cuando un paciente acude al Servicio de Urgencias, el médico que lo atiende precisa disponer de la Guía Farmacoterapéutica del Hospital a mano para poder conciliar la medicación ambulatoria con la disponible en el Hospital.
Esta problemática también se ha suscitado en la Comisión del Sector de Barbastro para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios. Además, una de las funciones de esta comisión es difundir todos los acuerdos y actuaciones que sobre el Uso Racional del Medicamento se establezcan en el Sector, así como las decisiones y acuerdos que se adopten en la Comisión para el Uso Racional del Medicamento y Productos Sanitarios de Aragón, y en la actualidad no se dispone de un cauce organizado para llevar a cabo dicha difusión.

RESULTADOS ESPERADOS
- Facilitar el acceso a la información relacionada con la farmacoterapia, tanto científica como administrativa.
- Optimizar los recursos informáticos, disminuyendo el tiempo invertido en acceso a los mismos.
- Establecer un sistema ágil de difusión de la nueva información que pueda resultar de interés.
- Difundir las respuestas a las consultas más destacadas recibidas a través del Centro de Información del Medicamento (CIM) del Servicio de Farmacia.

MÉTODO
• Elaboración de una plataforma unificada de acceso a la información farmacoterapéutica. Para ello será necesario:
- Recopilar y organizar todos los documentos y accesos relacionados con la farmacoterapia.
- Establecer coordinación y trabajo conjunto entre el Departamento de Informática y el Servicio de Farmacia: que la información esté disponible desde Intranet Sector Barbastro.
- Proceso dinámico: Se procederá a renovar los documentos y adjuntar nuevos a medida que sea necesario, de forma que todos los profesionales accedan a la información actualizada.
• Difundir toda la información entre los profesionales sanitarios mediante talleres o sesiones informativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1078

1. TÍTULO

PORTAL DE INFORMACION FARMACOTERAPEUTICA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

INDICADORES

Elaboración de la plataforma SI/NO

Nº documentos insertados en la plataforma / Nº documentos actualmente dispersos

Nº Talleres/Sesiones de difusión con los distintos servicios

Nº de visitas a la plataforma

DURACIÓN

- Segundo trimestre: Recopilación y organización de los documentos y accesos. Elaboración de la plataforma.
- Tercer trimestre: Difusión de la información.
- Cuarto trimestre: 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 - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN FRANCISCO GASTON AÑÑOS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GOMEZ RIVAS PAULA
BUSTOS MORELL CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El 25 de Septiembre de 2018 se procedió a la apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca de Fraga, con el reto logístico de haber utilizado para ello únicamente los recursos disponibles del SALUD, con la excepción de la adquisición de un frigorífico adicional.

Para ello, desde el Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se ha creado una agenda de pacientes crónicos con domicilio en los municipios de Fraga, Torrente de Cinca, Mequinenza, Candanos, Ballobar, Ontiñena, Chalamera, Belver de Cinca, Osso de Cinca, Zaidín y Velilla de Cinca.

Los pacientes han sido entrevistados en visitas previas, habiendo mostrado la gran mayoría su aceptación a ser incluidos en la agenda, pues era una aspiración que venían manifestando en distintos foros. Sólo 4 pacientes han preferido seguir acudiendo a Farmacia de Barbastro, decisión que se ha respetado.

No se han incluido aquellos pacientes cuya dispensación está ligada a la consulta con el especialista, tales como pacientes onco-hematológicos e inicios de tratamiento, que son atendidos en nuestra consulta habitual del Hospital de Barbastro.

Los medicamentos proceden del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, desde donde se programa el suministro, que se envía por valija el día previo a la Consulta, y se conserva convenientemente 24 horas.

Con una frecuencia mensual, se desplaza un Farmacéutico del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro hasta el Centro Sanitario Bajo Cinca y atiende la Consulta de Pacientes externos, realizando las siguientes actividades: Atención Farmacéutica, Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico Hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros).

De esta forma se palió la ausencia de un Servicio de Farmacia en el Centro Sanitario Bajo Cinca, que únicamente cuenta con un Depósito de medicamentos, desde el cual y sin la intermediación de un Servicio de Farmacia y Personal Especialista no podría realizarse dicha Atención Farmacéutica, tal y como indica la legislación vigente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha acercado la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a un colectivo de usuarios de la Sanidad de tipo crónico, evitando así su desplazamiento hasta Barbastro desde su lugar de residencia.

Se ha mejorado la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, puesta de manifiesto tanto en la aceptación como en la propia consulta.

Los pacientes se benefician de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se ve complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista:

- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.
- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La población de las Zonas Básicas de Salud próximas al Centro Sanitario Bajo Cinca ha recibido con satisfacción esta mejora de la Calidad Asistencial, que viene a ampliar la cartera de servicios ofertados por el SALUD desde el centro.

Para la obtención de los indicadores se han extraído los datos del Programa de Dispensación de Pacientes Externos del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro (programa Farmatools).

Los indicadores de la actividad realizada entre Septiembre y Diciembre de 2018

- Nº de pacientes atendidos: 61.
- Nº de consultas atendidas: 106.
- Nº de dispensaciones realizadas: 248.
- Nº de unidades de fármaco dispensadas: 9.170.
- Importe: 187.480 €.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Con la planificación llevada a cabo y el volumen de actividad actual, se ha fijado como suficiente una consulta al mes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1081 ===== ***

Nº de registro: 1081

Título
APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

Autores:
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PATOLOGIAS QUE PRECISAN DISPENSACION DE TRATAMIENTOS HOSPITALARIOS
Línea Estratégica .: Atención Comunitaria
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El Sector Barbastro se caracteriza por la alta dispersión de la población atendida. Una proporción considerable de los pacientes del Sector precisan tratamientos con medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros). Este tipo de medicamentos, en general, de elevado impacto económico, de alta complejidad, y con necesidad de seguimiento especializado, solamente pueden ser dispensados en el Servicio de Farmacia del Hospital, según la legislación vigente.
Los pacientes por tanto deben desplazarse al Hospital para recoger sus medicamentos y recibir una atención especializada.

En Fraga cuentan con el Centro Sanitario Bajo Cinca, pero carece de las condiciones materiales y de personal requerido para el establecimiento de un Servicio de Farmacia, por lo cual dispone de un Depósito de Medicamentos, entre cuyas funciones no se encuentra legalmente contemplada la dispensación a pacientes externos.
Recientemente, dicho Depósito de Medicamentos ha pasado a depender del Servicio de Farmacia de Barbastro, donde se viene atendiendo históricamente a un relevante número de pacientes de la Comarca del Bajo Cinca, muchos de los cuales de carácter crónico.
Se pretende mejorar la satisfacción del usuario, en este caso el paciente, al acercar la Atención Farmacéutica Especializada, incluyendo la dispensación de sus medicamentos, a su lugar de residencia y evitar el actual y necesario desplazamiento hasta Barbastro.

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el acceso a los pacientes de la Comarca del Bajo Cinca a la Atención Farmacéutica Especializada utilizando los recursos del SALUD, en este caso las instalaciones del Centro Sanitario Bajo Cinca y el personal del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro.

Mediante la apertura de una Consulta de Atención Farmacéutica a Pacientes Externos en Fraga, atendida por personal farmacéutico especialista, extensión legal del Servicio de Farmacia de Barbastro, se atendería a los pacientes externos de la zona de Fraga ya en tratamiento, así como a los que lo inicien en adelante. Se comenzaría con 2 consultas mensuales, y se evaluará posteriormente si esta frecuencia se adapta a las necesidades de los pacientes. Los pacientes se beneficiarían de una Atención Sanitaria Integral, puesto que además de recibir sus medicamentos, la dispensación se vería complementada con una entrevista clínica por parte de un farmacéutico especialista en la que se realizaría:

- Información sobre su patología y su tratamiento. Educación sanitaria sobre la forma de administración, la importancia del tratamiento o las posibles reacciones adversas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1081

1. TÍTULO

APERTURA DE UNA CONSULTA DE ATENCION FARMACEUTICA ESPECIALIZADA A PACIENTES EXTERNOS EN EL CENTRO SANITARIO BAJO CINCA

- Conciliación de los nuevos medicamentos con su tratamiento habitual, incluidos los medicamentos sin receta o plantas medicinales. Detección de interacciones antes del inicio del tratamiento y recomendaciones sobre el mejor régimen posológico.
- Resolución de las dudas farmacoterapéuticas.
- Detección de efectos adversos y valoración de su gravedad.
- Comprobación de la adecuación del tratamiento acorde con los parámetros analíticos.
- Coordinación con los profesionales médicos, para valoración y seguimiento de incidencias que pueden surgir.
- Promoción y seguimiento de la adherencia al tratamiento para conseguir los mejores resultados en salud.

MÉTODO

Apertura de una consulta de Atención Farmacéutica Especializada en el Centro Sanitario Bajo Cinca. Dispensación de medicamentos de Uso Hospitalario, de Diagnóstico hospitalario sin cupón precinto y/o en Situaciones Especiales (en condiciones diferentes a las autorizadas en ficha técnica, usos compasivos, usos expandidos y/o medicamentos extranjeros), en el Centro Sanitario Bajo Cinca a los pacientes que por proximidad a su domicilio decidan ser atendidos allí, por personal Farmacéutico Especialista del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro, tal como indica la legislación vigente. Coordinación con Admisión, para la gestión de una agenda de citas en la consulta.

Adecuación de las instalaciones y organización del aparato logístico para poder llevarlo a cabo.

Difusión de la información entre los pacientes y profesionales sanitarios

INDICADORES

Nº consultas/año.

Nº dispensaciones/año.

Nº pacientes atendidos/año.

Encuesta de satisfacción de usuarios.

DURACIÓN

- Segundo trimestre: Implantación de la consulta
- Tercer trimestre: Difusión de la información
- Cuarto trimestre: 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 - 2019/0742

1. TÍTULO

INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA GOMEZ RIVAS
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUSTOS MORELL CRISTINA
SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO
CASTIELLA GARCIA CARMEN MARINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados y dispensados por el Servicio de Farmacia en los últimos 10 años, a través del registro de fórmulas elaboradas.

Con dicha información se han seleccionado las fórmulas magistrales y preparados oficinales que con más frecuencia se elaboran en el Servicio de Farmacia, confeccionado un listado normalizado. Se han descartado aquellas fórmulas magistrales que sólo se han elaborado en una ocasión o para un solo paciente en los últimos 10 años, y aquellas que han dejado de estar en uso por otras alternativas terapéuticas o cambio en los procedimientos terapéuticos. Para la gestión informatizada de la formulación magistral, se ha realizado la configuración necesaria en los sistemas de información del Servicio de Farmacia:

- En el programa Maestro de Gestión de medicamentos (Farmatools) se han creado:
 - las fichas de cada medicamento (fórmula magistral/preparado oficial)
 - las fichas de los principios activos y excipientes (reactivos) necesarios para la elaboración de las fórmulas magistrales y preparados oficinales.
 - En el programa Mezclas (Farmatools) se han definido las características, composición, condiciones de conservación y validez de cada fórmula magistral y preparado oficial.
- Se ha redactado el procedimiento normalizado de trabajo para la configuración de nuevas fórmulas magistrales, preparados oficinales, principios activos y excipientes (reactivos) en el programa "Maestro" y para la generación del stock elaborado en el programa de "Mezclas" de Farmatools. Este procedimiento se ha incluido como Anexo VI en el "PNT_PG_013_02 Documentación"
- Se han adaptado los procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales al nuevo sistema de gestión informatizada ("PNT_PG_013_02 Documentación")
- Con respecto a los pactos de botiquín de las unidades de enfermería, se ha realizado una revisión y análisis del consumo y las necesidades en cada una de ellas. Se han incluido los preparados oficinales más usados en el pacto de cada unidad de enfermería, para facilitar la solicitud y dispensación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han seleccionado 40 fórmulas magistrales para incluir en el listado normalizado de entre las 65 elaboradas en los últimos 10 años. Todas ellas han sido configuradas en los sistemas de información del Servicio de Farmacia:

- Indicador: N° fichas de fórmulas magistrales y preparados oficinales creados/ Total de fórmulas y preparados estandarizados: 40/40.

Se han revisado los pactos de botiquín, incluyendo los preparados oficinales para los que se ha consensuado que es posible disponer de stock en las unidades de enfermería:

- Indicadores:
 - o N° de preparados oficinales incluidos en pactos de botiquín: 7
 - o N° de pactos modificados: 7

Se ha modificado el procedimiento normalizado de trabajo "PNT_PG_013_02 Documentación" para incluir el nuevo modo de gestión informatizado de estos medicamentos:

- Indicador: Adaptación de procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales: SI

Dado que las nuevas fórmulas magistrales se han ido incorporando al nuevo sistema de trabajo se ha conseguido gestionar informáticamente el 100% de estos medicamentos:

- N° de fórmulas magistrales y preparados oficinales gestionados informáticamente/ total de fórmulas y preparados estandarizados dispensados: 977/977

Todos los indicadores han sido calculados a través de la explotación de informes emitidos por el programa de Gestión Económica del Servicio de Farmacia (Farmatools)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0742

1. TÍTULO

INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gestión informatizada de las fórmulas magistrales y preparados oficinales permite aumentar la calidad y seguridad en la elaboración, prescripción y dispensación de estos medicamentos, ya que se realiza de un modo estandarizado y controlado.

Este sistema además nos permite obtener información en tiempo real sobre las fórmulas magistrales prescritas, así como analizar la evolución del consumo por stock, para realizar una previsión de las necesidades de elaboración, mejorando de este modo la gestión de recursos en el Laboratorio de Farmacotecnia y reduciendo los tiempos de dispensación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/742 ===== ***

Nº de registro: 0742

Título
INTEGRACION DE LA FORMULACION MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTION DEL SERVICIO DE FARMACIA

Autores:
GOMEZ RIVAS PAULA, BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos: -----

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La formulación magistral es una de las áreas más representativas del origen de la profesión farmacéutica y constituye una de las actividades en las que el farmacéutico puede aportar su conocimiento tanto galénico como clínico para optimizar el tratamiento de los pacientes.

En el Laboratorio de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro se elaboran tanto fórmulas magistrales como preparados oficinales para cubrir las necesidades terapéuticas de pacientes ingresados, ambulantes y externos.

Además, actualmente la elaboración y dispensación de este tipo de medicamentos está en crecimiento ya que nos permite cubrir lagunas terapéuticas no satisfechas por los medicamentos industriales. La formulación magistral es útil para disponer de alternativas terapéuticas en situaciones de desabastecimiento, enfermedades raras o situaciones clínicas en las que no podemos usar los medicamentos comerciales (dificultades de deglución, dosificaciones pediátricas, etc.)

Según la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, tanto las fórmulas magistrales como los preparados oficinales tienen la consideración legal de medicamentos, y por tanto debemos gestionarlos del mismo modo que cualquier otro medicamento elaborado por la industria farmacéutica.

Tradicionalmente han sido gestionados mediante sistemas manuales y en papel (registros de elaboración y dispensación en papel, recetas manuales, etc...) debido a su carácter de "medicamento artesanal" y elaboración al momento según demanda.

Este proyecto de mejora pretende incorporar la gestión completa de la formulación magistral (prescripción, elaboración, gestión de stocks y dispensación) al sistema informático de gestión del Servicio de Farmacia, de modo que todo medicamento elaborado en nuestro Laboratorio de Farmacotecnia pueda ser prescrito electrónicamente o solicitado informáticamente en los pactos de botiquines.

RESULTADOS ESPERADOS

- Estandarización de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados en el Laboratorio de Farmacotecnia del Servicio de Farmacia del Hospital de Barbastro
- Definición de stocks máximos y mínimos de cada producto, aumentando la calidad y seguridad en la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0742

1. TÍTULO

INTEGRACIÓN DE LA FORMULACIÓN MAGISTRAL EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA

elaboración

- Prescripción electrónica de las fórmulas magistrales y preparados oficinales estandarizados, aumentando la calidad y seguridad en la prescripción
- Dispensación electrónica de las fórmulas magistrales y preparados oficinales estandarizados, aumentando la calidad y seguridad en la dispensación.

MÉTODO

- Revisión de las fórmulas magistrales y preparados oficinales elaborados y dispensados por el Servicio de Farmacia en los últimos 10 años
- Confección de un listado de fórmulas magistrales y preparados oficinales a elaborar por el Servicio de Farmacia
- Creación de la ficha de cada medicamento en el programa Maestro de gestión de medicamentos (Farmatools)
- Creación de las fichas de los principios activos y excipientes (reactivos) necesarios para la elaboración de las fórmulas magistrales y preparados oficinales, en el Maestro de Gestión de medicamentos.
- Definir las características, composición, condiciones de conservación y validez de cada fórmula magistral y preparado oficial en el programa de "Mezclas" de Farmatools.
- Establecer el procedimiento para la generación del stock elaborado en el programa de "Mezclas" de Farmatools
- Adaptar los procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales al nuevo sistema de gestión informatizada
- Inclusión de los preparados oficinales más usados en cada unidad de enfermería en sus correspondientes pactos de botiquín.

INDICADORES

Nº fichas de fórmulas magistrales y preparados oficinales creados/ Total de fórmulas y preparados estandarizados

Nº de preparados oficinales incluidos en pactos de botiquín y nº de pactos modificados

Adaptación de procedimientos de prescripción y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales SI/NO

Nº de fórmulas magistrales y preparados oficinales gestionados informáticamente/ total de fórmulas y preparados estandarizados dispensados

DURACIÓN

- Primer trimestre: revisión y listado
- Segundo trimestre: creación de fichas y definición de características en Famatools
- Tercer trimestre: modificación de los procedimientos de prescripción y dispensación
- Cuarto trimestre: Evaluación.

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 - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE CRISTINA BUSTOS MORELL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. FARMACIA HOSPITALARIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SAHUN GARCIA ELISA MARIA
GASTON AÑÑOS JUAN FRANCISCO
GOMEZ RIVAS PAULA
EITO CUELLO JUAN
GRIABAL GRACIA MANUEL
OTTO NOGUERO MARIA PAZ
SICART LONCAN SILVIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para la prescripción electrónica en el Servicio de Urgencias ha sido necesario combinar el programa Farmatools® con el programa propio de Urgencias PCH®. Para ello el médico, desde la propia aplicación de urgencias PCH®, se accede -en el momento de la prescripción médica- a Farmatools® para introducir los medicamentos. Después los medicamentos prescritos pueden visualizarse desde PCH® por las enfermeras. Además, el Servicio de Urgencias dispone de estaciones de almacenamiento de medicamentos PYXIS que pueden recibir la prescripción realizada por el médico desde el programa informático. A esta combinación de programas informáticos, se suma la idiosincrasia propia del Servicio de Urgencias: la atención urgente, las situaciones críticas, la saturación y ser la puerta de entrada a las unidades de hospitalización.

En nuestro hospital la relevancia del proyecto radica no sólo en la interconexión entre PCH® y Farmatools® y entre éstos y PYXIS, también, en la adecuación de estos sistemas al aplicativo de prescripción electrónica PresSalud® (del que fuimos pioneros, utilizándose en la unidad de medicina interna del centro desde 2018, y desde 2019 también en los controles de especialidades y unidad de continuación asistencial) y que está integrado en la plataforma de HCE.

El proyecto se inició con una reunión con las partes implicadas: Servicio de Urgencias, Servicio de Farmacia, Servicio de Informática, responsable en servicios centrales del programa informático PCH® y Dominion (empresa responsable tanto del programa Farmatools® como del aplicativo PresSalud®). En esta reunión se establecieron las tareas de cada una de las partes implicadas y se fijó un calendario preliminar de implantación para mayo-junio de 2019.

A partir de este momento se iniciaron los trabajos previos a la implantación:

- Creación y alta de usuarios en el programa (usuarios de enfermería creados 35, usuarios médicos creados 40).
- Adecuación de los distintos parámetros del programa (horas de administración de la medicación, protocolos de sueros, protocolos de nebulizadores, creación de nuevas fichas como "AA Medicamento error" y "Medicamento no incluido en guía aportado por paciente", modificación de fichas ya existentes para mejorar la usabilidad del programa).
- Gestiones con Grifols, la empresa responsable de PYXIS®, para realizar la conexión de dichas máquinas de almacenamiento con la prescripción electrónica.
- Coordinación y nuevos circuitos de trabajo para el personal implicado: médicos, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares de farmacia, administrativos de admisión, supervisoras de guardia, etc. Se definieron cuáles iban a ser las funciones y responsabilidades de cada uno de ellos en cuanto a la prescripción, administración de medicamentos y procesos para el ingreso del paciente desde Urgencias hasta la unidad de hospitalización correspondiente.
- Validación del proceso en un entorno pruebas que combinaba los programas de PCH® y Farmatools® y en el cual pudimos observar algunas de las peculiaridades de la interconexión entre ambos programas. Por ejemplo, hubo que modificar las pautas condicionales (si dolor, si náuseas o vómitos etc. porque en PCH todas ellas se traducen como "si precisa"). También detectamos que la "dosis única" no aparece como tal en la visualización desde PCH, para intentar salvar este inconveniente hicimos mucho hincapié en las sesiones formativas.

Una vez validado el entorno pruebas pasamos a preparar la formación de los usuarios. Para ello se instaló el entorno pruebas en los equipos del aula de formación y se confeccionaron distintos materiales de soporte como vídeos, fichas resumen, presentaciones y manuales.

Las sesiones formativas fueron programadas a primera hora desde el 25 de septiembre al 1 de octubre para facultativos, en el aula con el entorno pruebas. La formación de enfermería se realizó en 5 sesiones a primera hora del 3 al 8 de octubre. En todos los casos los profesionales acuden por tandas para evitar dejar el Servicio desatendido.

Finalmente, la implantación se realizó en noviembre de 2019. El retraso se produjo por varias circunstancias, en junio de 2019 no estaba disponible el módulo de pruebas ya que se estaba ejecutando en otro hospital y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

tras el verano, (cuando ya se habían realizado todas las sesiones de formación) hubo que realizar cambios en la aplicación del censo y una actualización del programa Farmatools® que necesariamente, tenían que hacerse antes de la puesta en marcha.

Durante las primeras semanas del proyecto, fue necesario que todos los agentes implicados trabajasen de manera coordinada y el farmacéutico permaneció en el Servicio de Urgencias durante toda la jornada varias semanas, para atender las dudas e incidencias que se fueron presentando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La necesidad de implantar la prescripción electrónica asistida (PEA) en Urgencias surgió por el hecho de que esta unidad constituye la puerta de entrada a la hospitalización. De esta manera, aunque comenzamos implantando la PEA en la unidad de Medicina Interna, una vez que el paciente llegaba a la planta desde Urgencias era necesario que el médico de guardia transcribiese desde el papel el tratamiento del paciente que ingresaba. Tras realizar este proyecto no sólo hemos resuelto esta circunstancia, sino que hemos aumentado la seguridad y eficiencia del proceso de prescripción en el propio Servicio de Urgencias, al dotar a los prescriptores de alertas (por duplicidad, alergias, interacciones, sobredosificación) y facilitar la adecuación de la medicación domiciliar a los medicamentos disponibles en el hospital (agilizando así el trabajo de enfermería).

El impacto del proyecto ha tenido mayor repercusión de la esperada, ya que no sólo los médicos pertenecientes al Servicio de Urgencias prescribían tratamientos, sino que los médicos de especialidades quirúrgicas en las cuales aún no estaba implantada la PEA también introducen los tratamientos cuando el paciente se encuentra en urgencias. Por ello hubo que formarles en las semanas posteriores a la puesta en marcha. Sin embargo, esto ha supuesto un adelanto a la consiguiente implantación de la PEA en las unidades de hospitalización quirúrgicas que aún continuaban prescribiendo en papel.

Está pendiente la conexión de las máquinas PYXIS con la prescripción por un problema exclusivamente presupuestario pendiente de resolver.

En cuanto a los indicadores:

- N° de reuniones presenciales con la supervisora de Urgencias: 5
- N° de reuniones presenciales con el jefe de Urgencias: 7
- N° de reuniones del equipo: 4
- N° de instrucciones de trabajo/manuales creados: 3
- o Vídeo para enfermería donde se muestra el proceso de copiar y pegar los cuidados de enfermería cuando el paciente pasa a planta
- o Presentación powerpoint para formación de personal de enfermería de urgencias
- o Manual de prescriptores médicos para el acceso a la aplicación Farmatools® desde el programa PCH® y la introducción de medicamentos en el programa Farmatools®
- N° de incidencias reportadas a Dominion:
- o Errores con la aplicación del censo (los pacientes seguían apareciendo o no se encontraban) en las diferentes aplicaciones Farmatools®, PresSalud®, PCH®
- o Los usuarios no pueden cambiar su contraseña por una que contenga números letras y caracteres, tienen que acudir al administrador.
- o Desde la implantación de las modificaciones para la implantación en urgencias se ha alterado la visualización de la última fecha de validación médica en el programa Farmatools® (Además de estas incidencias propias de urgencias se reportaron otras incidencias del aplicativo PresSalud® y Farmatools® que se produjeron tras las actualizaciones. No se han recogido en este documento por no considerarse relacionadas con el asunto de la memoria)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La consecución del proyecto nos ha hecho replantearnos la estrategia de implantación de la PEA en nuestro centro. Quizá deberíamos haber comenzado con la implantación de la PEA en Urgencias (que es la puerta de entrada a la hospitalización) en lugar de haber comenzado por Medicina Interna. Sin embargo, la cantidad de profesionales médicos que acuden a urgencias a prescribir desde sus diferentes servicios hace difícil responder a esta pregunta. En este sentido, el hecho de que los especialistas de unidades quirúrgicas (sin PEA) vayan a Urgencias a prescribir tratamientos cuando el paciente aún se encuentra en la sala de observación de urgencias ha supuesto que hayamos tenido que formar a muchos prescriptores de cirugía, traumatología y urología con los que a priori no contábamos, ya que entendíamos que los tratamientos de los pacientes de observación correspondían a los médicos de urgencias hasta que fuesen trasladados a la planta.

En general, la informatización de los sistemas sanitarios representa un reto y la adaptación de los distintos programas informáticos a cada una de las peculiaridades clínicas no siempre se combina adecuadamente. En este sentido, uno de los grandes retos del proyecto que lo ha hecho diferente a otras experiencias en nuestra CCAA es la combinación de PCH®, PYXIS, Farmatools® y PresSalud®.

Sobre la interconexión con PYXIS ya hemos comentado que no ha sido posible, sin embargo, la interconexión entre PCH® - pensado para atender pacientes en urgencias- y Farmatools® -pensado para prescribir, dispensar y administrar medicamentos- adolece de ciertas deficiencias que hemos intentado resolver de manera ingeniosa.

Por un lado, el hecho de que el médico prescriba desde Farmatools® y la enfermera lo vea en PCH®. Esto tiene sus peculiaridades: las dosis únicas no aparecen reflejadas como tal, los cuidados de enfermería aparecen al principio y al final, todas las pautas condicionales se traducen como "si precisa", las observaciones a los medicamentos deben consultarse al final del tratamiento, hay que fijarse bien y diferenciar entre la descripción del medicamento y la dosis que se quiere administrar de éste...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

Por otro lado, el tratamiento en urgencias se prescribe desde el programa Farmatools® y en las plantas de hospitalización están utilizando PresSalud®. Por ello, hasta que todo se encuentre integrado en la HCE bajo una misma interfaz, el usuario debe manejar y aprender dos visualizaciones diferentes del programa de prescripción. De esta manera los médicos de especialidades quirúrgicas que han aprendido a prescribir en urgencias con el programa Farmatools® deberán adaptarse a las peculiaridades de PresSalud® en la planta y viceversa, los médicos que ya estaban acostumbrados en sus plantas a esta herramienta se han tenido que adaptar a Farmatools® cuando han ido a prescribir a urgencias. Ante esta circunstancia ha sido crucial el apoyo del Servicio de Farmacia para resolver cuantas dudas e incidencias se han presentado.

Como dificultad añadida, hay que matizar que los programas Farmatools® y PresSalud® no sólo son diferentes visualizaciones, sino que en algunas prescripciones como fluidoterapia, asociaciones de medicamentos, infusores, etc. no funcionan de la misma manera. Este hecho ha dificultado muchísimo la creación de protocolos de perfusiones ya que deben visualizarse y entenderse correctamente en PCH®, Farmatools® y PresSalud® y es por ello que aún no hemos encontrado una opción satisfactoria.

Independientemente de los problemas de interconexión entre los diferentes programas, nos hemos encontrado con que los programas carecen de algunas características indispensables. Por ejemplo, en Farmatools® tuvimos que crear la ficha "AA Medicamento error" porque si no, al escribir el nombre de un medicamento que no está disponible o no es correcto, el programa da por defecto el primer medicamento de la lista, siendo esto un gran problema de seguridad. Asimismo, hemos tenido que crear una ficha "Medicamento no guía aportado por paciente" para que el médico pueda prescribir medicamentos que el paciente aporta desde su domicilio y que no se encuentran en el hospital, como inhaladores o insulinas específicos de difícil adecuación o sustitución por los medicamentos disponibles. Además, tras la puesta en marcha de los programas de PEA desde el Servicio de Farmacia hemos detectado la necesidad de transformar la nomenclatura de los medicamentos para evitar errores: ya sea entre diferentes presentaciones (por ejemplo detectamos una mayor prescripción de paracetamol efervescente y era porque aparecía antes que paracetamol comprimidos en el listado que se ordena alfabéticamente) o para encontrar medicamentos por nombre comercial cuando están por principio activo (por ejemplo, "enoxaparina 40 mg sc (clexane)"). Otro de los problemas de los sistemas de información en los centros sanitarios es el acceso de los usuarios, ya que los programas no comparten una base común de usuarios, sino que hay que volver a crearlos en el nuevo programa. Esto tiene como problema que el usuario es el único que conoce sus claves personales por lo que hay que contactar uno por uno para que las introduzca.

Una diferencia con la implantación de la PEA en las plantas es el hecho de que los profesionales de urgencias ya trabajasen con el programa PCH®. Al estar acostumbrados a manejar ordenadores y programas informáticos nos ha facilitado la implantación y además la dotación de impresoras y ordenadores no ha aumentado. Sin embargo, el uso de ordenadores estáticos sigue sin ser práctico para el personal de enfermería que se desplaza a la cama de los enfermos y a coger material y medicación constantemente.

Finalmente, tras la realización del proyecto nos gustaría volver a insistir en que el uso de programas informáticos en la asistencia sanitaria no debe sustituir la comunicación entre los distintos profesionales sobretodo la comunicación enfermera-médico, de tal manera que al actualizar la prescripción del medicamento la enfermera tenga constancia del cambio y se ejecute. No obstante, esta comunicación oral no debe paliar las deficiencias del programa, es decir, el medicamento debe quedar prescrito y administrarse siguiendo la prescripción y registrando en el programa cuantos matices sean necesarios. Esto es importante no sólo para que exista un registro único y que cualquier médico, enfermera o farmacéutico sepa exactamente qué y cómo se está administrando sino también porque legalmente lo que queda registrado en el programa es lo que se ha administrado al paciente ante cualquier consulta posterior o traslado.

Como conclusión, la llegada de los sistemas informáticos a las tareas de prescripción y administración de medicamentos supone un aumento de la eficiencia y la seguridad. Sin embargo, aún queda mucho por mejorar tanto en la unificación o la interconexión de las diferentes aplicaciones informática y, el tipo de dispositivos, como en su correcta utilización por parte de los usuarios.

7. OBSERVACIONES.

La Farmacéutica Carmen Marina Castiella realiza las tareas de la farmacéutica Paula Gomez que se trasladó al Hospital Clínico en Julio de 2019, sin embargo no se ha podido poner entre los miembros ya que está completo el número de participantes. No obstante ambas personas han colaborado estrechamente en este proyecto, una en las tareas previas a la implantación y la otra durante el proceso de implantación que se llevó a cabo tras el verano. Por ello nos gustaría solicitar, si es posible, certificado para Carmen Marina Castiella.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1150 ===== ***

Nº de registro: 1150

Título
IMPLANTACION DE LA PRESCRIPCION ELECTRONICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACION
PCH-FARMATOOLS-PYXIS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA, GASTON AÑAÑOS JUAN FRANCISCO, GOMEZ RIVAS PAULA, EITO CUELLO JUAN, GRIABAL GRACIA MANUEL, OTTO NOGUERO MARIA PAZ, SICART LONCAN SILVIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que acuden a Urgencias
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Servicio de Urgencias supone la puerta de entrada de los pacientes a la atención especializada, y por ello tiene un papel estratégico en la gestión de los pacientes que posteriormente ingresan en el hospital. Actualmente el Servicio de Urgencias dispone del aplicativo PCH en el cual pueden introducirse tratamientos de manera electrónica. Sin embargo, no se trata de un sistema PEA ya que la prescripción se introduce en un campo de texto libre, lo que supone un riesgo de errores, duplicidades y prescripciones que no se adecúan a la guía farmacoterapéutica. También dispone de una estación de dispensación automática de medicamentos (PYXI) no integrada con el programa de prescripción.

Para que la reciente implantación del sistema PEA Pressalud® en la unidad de medicina interna de nuestro centro resulte eficiente, se ha puesto de manifiesto la imperativa necesidad de que a los pacientes que ingresen desde el Servicio de Urgencias les sean prescritos los tratamientos desde el propio Servicio de Urgencias utilizando la PEA, evitando así que el internista de guardia deba asumir la transcripción de tratamiento desde el papel al llegar a planta.

Además, disponer de un sistema de prescripción electrónica en urgencias ligado a la guía farmacoterapéutica del centro presenta otras ventajas como: la adecuación de los tratamientos a los medicamentos disponibles en el hospital, disponer de las dosis, formas farmacéuticas y alertas por duplicidad y alérgicas, así como otras alertas definidas en las bases de datos de farmacia.

Sin embargo, la implantación en el Servicio de Urgencias supone un gran reto, fundamentalmente por la premura con la que debe actuarse, razón por la cual las horas de administración pueden ser diferentes a las de las plantas de hospitalización y es mayor el número de protocolos que se manejan en esta unidad. A parte de esto, se suman dos retos informáticos/logísticos: por un lado combinar no sólo PCH con Farmatools® sino con la plataforma Pressalud® desde la cual se trabaja en las plantas de hospitalización, y por otro la integración del sistema con los PYXIS.

RESULTADOS ESPERADOS

Mediante la integración de PCH con Farmatools®/Pressalud® que se realizará con este proyecto se espera que la prescripción de los tratamientos desde urgencias y su transición a planta tengan una mayor eficiencia y seguridad.

Esta intervención recaerá sobre los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias y que sean subsidiarios de ingreso hospitalario en nuestro centro.

El proyecto que se desarrollará fundamentalmente en el Servicio de Urgencias tendrá repercusión en el resto de Servicios y Unidades que constituyen la hospitalización y principalmente en el Servicio y Unidad de Medicina Interna que trabaja desde 2018 con prescripción electrónica.

Objetivos del proyecto:

- Integración entre PCH y Farmatools®/Pressalud®
- Adaptación de la PEA a las características del Servicio de Urgencias
- Formación del personal de urgencias y adaptación de los circuitos.
- Formación del personal de farmacia y adaptación de los circuitos.
- Evitar transcripciones innecesarias e ineficientes por parte de los farmacéuticos y médicos de guardia.

MÉTODO

A continuación se describen las actividades previstas:

- Revisión de las opciones de parametrización del programa Farmatools® y adaptación al Servicio de Urgencias.
- Creación de protocolos
- Definición de nuevos circuitos de trabajo
- Sesiones formativas al personal implicado
- Implantación con presencia del farmacéutico en la unidad
- Seguimiento del proceso de implantación y resolución de incidencias

Para ello será necesario soporte informático tanto a nivel de software como de hardware e impresoras, una vez implantado se decidirá si se precisa actualizar o ampliar los equipos disponibles. Será necesario el soporte de los distintos proveedores informáticos de PCH Farmatools y PYXIS.

Las reuniones se realizarán con el equipo previo a la implantación y durante la misma.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1150

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN ELECTRÓNICA ASISTIDA (PEA) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: INTEGRACIÓN PCH-FARMATOOLS-PYXIS

INDICADORES

- N° de reuniones presenciales con la supervisora de Urgencias
- N° de reuniones presenciales con el jefe de Urgencias
- N° de reuniones del equipo
- N° de instrucciones de trabajo/manuales creados
- N° de incidencias reportadas a Dominion

DURACIÓN

- Abril 2019: Revisión de las tareas previas requeridas por SSCC (adaptación del programa a Urgencias), creación de protocolos e instrucciones de trabajo. Sesiones formativas al personal de la unidad.
- Mayo 2019: Comienzo de la prescripción electrónica en urgencias. (Según incorporación de personal)
- A partir de entonces se mantendrá el proyecto, hasta que se dé por finalizada la fase de implantación.

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 - 2016/1773

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE CLARA MARIA BIBIAN GETINO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FERRANDO LACARTE IGNACIO
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ
GRANDE MANJON MARIA JOSE
LAGRABA MIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.
- Valoración geriátrica integral:
 - o Identificar riesgo social - domicilio
 - o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
 - o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Estudio en fase de planificación y recogida de pacientes.
- Pendientes de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Revisión periódica en consultas externas para control evolutivo - monitorización (2º fase).
Se trata de un proyecto de fácil de llevar a cabo por la escasa necesidad de recursos materiales, posibilidad de seguimiento en consultas externas y capacidad del paciente para seguir indicaciones en domicilio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1773 ===== ***

Nº de registro: 1773

Título
DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Autores:
BIBIAN GETINO CLARA MARIA, FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ, GRANDE MANJON MARIA JOSE, LAGRABA MIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1773

1. TÍTULO

DETECCION DEL SINDROME DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sd. fragilidad
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).

Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.

Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.

Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).

Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad.

MÉTODO

- Valoración geriátrica integral:

o Identificar riesgo social - domicilio

o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.

o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.

- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.

- Criterios clínicos (Fried)

- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.

- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.

- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

INDICADORES

- Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.

- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.

- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.

- Valorar polifarmacia.

DURACIÓN

2017: Detección en consulta externa de pacientes que cumplan criterios de sd. fragilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1774

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 07/02/2018

2. RESPONSABLE IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ
GRANDE MANJON MARIA JOSE
LAGRABA MIGUEL CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Detección de pacientes con diagnóstico de Demencia.
- Valoración geriátrica integral.
o Social: Detección de problemática social.
o Funcional: Valoración funcional de los pacientes mediante Índice de Barthel.
o Cognitiva: Seguimiento mediante test mentales (Test Pfeiffer/MEC)
- Detección de sd. geriátricos: Delirium, dolor, disfagia, polifarmacia, desnutrición, estreñimiento..
- Revisión de fármacos.
- Recomendaciones generales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
- Estudio en fase de planificación y recogida de pacientes.
- Pendientes de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.
Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.
Se trata de un proyecto fácil de reproducir, por la escasez de recursos materiales necesarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1774 ===== ***

Nº de registro: 1774

Título
VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, BIBIAN GETINO CLARA MARIA, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ, GRANDE MANJON MARIA JOSE, LAGRABA MIGUEL CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1774

1. TÍTULO

VALORACION INTEGRAL AL PACIENTE CON DEMENCIA EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

PROBLEMA

Los pacientes con demencia suponen un gran porcentaje de los pacientes atendidos en consulta externa y que más recursos consumen.

Existe la necesidad de identificación de estos pacientes vulnerables y seguimiento en consulta externa para control ambulatorio y ajuste de medicación para disminuir los problemas relacionados con sd. geriátricos, los cuales son muy frecuentes en esta población; con el objetivo de minimizar visitas a urgencias y hospitalizaciones, disminuir estrés del cuidador, mejorar la situación clínica y funcional del paciente, ajuste de medicación para evitar yatrogenia, identificación de sd. geriátricos para evitar complicaciones posteriores.

RESULTADOS ESPERADOS

- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia

MÉTODO

- Detección de pacientes con demencia en consulta externa de geriatría.
- Valoración geriátrica integral: social, funcional, cognitiva.
- Identificación de sd. geriátricos.
- Revisión de fármacos, polifarmacia
- Sobrecarga del cuidador.

INDICADORES

- Número de pacientes valorados.
- Identificación sd. geriátricos.
- Identificación polifarmacia/yatrogenia
- Valoración funcional
- Optimización de recursos: No duplicación de consulta externa con diferentes especialidades.

DURACIÓN

- 2017: - Identificación de pacientes con demencia y realización de valoración geriátrica integral.
- Disminuir duplicidad de consultas externas de especialidad

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0808

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO FERRANDO LACARTE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. GERIATRIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 se han registrado todas las solicitudes de valoración de pacientes solicitadas a la unidad de Geriatria / Cuidados paliativos. Se ha trabajado para unificar informes con enfermería y trabajo social, y mejorar el modo de derivación a cuidados paliativos domiciliarios o atención primaria. En los primeros meses de 2019 hemos evaluado los datos para darles difusión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se recogen 120 pacientes valorados en la ud de cuidados paliativos durante el año 2018. Edad media 86.72 años. Sexo predominantemente femenino (55%). Los pacientes cuyo servicio de procedencia consta geriatría han sido asignados desde el servicio de urgencias y trasladados desde medicina interna en el momento de su ingreso. El resto han sido valorados mediante colaboración solicitada por los servicios de procedencia. Servicio de geriatría 83 pacientes (69.2%), medicina interna 15 pacientes (12.5%), nefrología 5 pacientes (4.2%), oncología y urología 4 pacientes (3.3% respectivamente), neurología 3 pacientes (2.5%), hematología y unidad del crónico complejo 2 pacientes (1.7% respectivamente), y cirugía general y ORL 1 paciente (0.8%). Divididos de forma general entre oncológicos y no oncológicos, los oncológicos suponen el 40.8%. Los diagnósticos de inclusión en cuidados paliativos más frecuente fueron accidente cerebrovascular y enfermedad renal crónica avanzada con 10 pacientes cada uno (8.3% respectivamente), seguidos de demencia en fase avanzada gds-7, neoplasia de colon y neumonía con 8 pacientes (6.7% respectivamente). Otros diagnósticos frecuentes fueron insuficiencia cardíaca congestiva, neoplasia cerebral, sepsis.

De todos los pacientes valorados el 18.3% (n=22) eran pacientes con diagnóstico previo al ingreso de carácter paliativo. Solo el 5.8% recibían atención paliativa domiciliaria (ESAD n=7). Durante el episodio que motivó su valoración por cuidados paliativos fallecieron el 67.5% (N=81). El 21.7% fue dado de alta a domicilio y el 8.3% a residencia. El 2.5% precisaron traslado a centro sociosanitario. De los pacientes dados de alta, 30 de ellos se remitieron a ESAD, 5 a atención primaria y 1 a la unidad de continuidad asistencial. 7 de ellos precisaron colocación de vía subcutánea para manejo domiciliario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoramos el trabajo como muy positivo de cara a conocer el perfil de paciente que atendemos así como para difundir los resultados y ser más visibles para otros servicios, afianzándonos como referencia del centro para valorar y tratar a los pacientes en esta fase de la enfermedad con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida en esta última fase y atender las necesidades especiales de este colectivo de pacientes en la fase final de su vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/808 ===== ***

Nº de registro: 0808

Título
VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías en fase final de enfermedad
Línea Estratégica ..: Otras
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos, Comunes de especialidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0808

1. TÍTULO

VALORACION DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde la unidad tratamos de mejorar las prácticas en cuidados paliativos y ser referencia tanto en el hospital como en el medio extrahospitalario de la atención a estos pacientes. Se trata de una necesidad creciente por la longevidad y elevada carga de morbilidad en nuestro medio.

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestro objetivo es registrar los pacientes valorados, evaluar la asistencia prestada y el seguimiento al alta desde primaria y ESAD, así como el adecuado registro de cara a futuras intervenciones.

MÉTODO

Fomentar el conocimiento de la unidad mediante la comisión hospitalaria de cuidados paliativos. Detección de pacientes. Elaboración de informe de soporte de cuidados al alta.

INDICADORES

Registro de pacientes subsidiarios de cuidados paliativos, valoración geriátrica integral, soporte social, necesidades al alta, vía subcutánea, valoración por ESAD, reingreso, fallecimiento

DURACIÓN

Registro del año 2018 completo. Primer trimestre de 2019 evaluación de resultados. Difusión de los mismos en comisión hospitalaria de cuidados paliativos.

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 - 2018/1316

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO FERRANDO LACARTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. GERIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GRANDE MANJON MARIA JOSE
GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante el periodo de actividad se ha llevado a cabo planificación, organización y protocolización del manejo de la detección de fragilidad en consulta externa de geriatría, tras revisión bibliográfica exhaustiva. Se planifica estudio piloto para la detección de fragilidad en consulta externa para los meses de abril a junio de 2018, recogiendo los pacientes valorados en la consulta externa de uno de los facultativos del servicio, realizando valoración geriátrica integral y entrevista clínica orientada a deterioro funcional y caídas en caso que los test de screening nos pongan en alerta de sospecha de fragilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
115 pacientes incluidos. 45 con un índice de Barthel superior a 90 puntos. 40 sujetos cumplen criterios de fragilidad mediante cuestionario FRAIL. Edad media 87.58 años (DE 4.044). 45% mujeres. Media Índice Charlson 5.55 (DE 1.395). Media Lawton y Brody 3.03 (DE 3.293). 65% viven en entorno urbano. 25% presentan deterioro cognitivo, y 42.5% déficit sensorial. El 22.5% había presentado al menos un caída en el último año, 17.5% dos o más, trastornos de la marcha en el 7.5%. Soporte social/familiar adecuado en el 97.5% de los casos. Consumo de fármacos con riesgo potencial de caídas en el 42.5%. Media de número de fármacos 8.23 (DE 4.365). Ingresos hospitalario en el último año en el 27.3%, visitas a urgencias el 45%. Cumplían criterios de paciente pluripatológico el 27.5%. En nuestro estudio la prevalencia de fragilidad fue del 34%, superior a la observada en otros estudios. Edad media elevada, sexo predominantemente masculino, dato que también contrasta con otros estudios donde la tendencia es inversa. Tamaño muestral reducido lo cual supone la principal limitación del estudio. Comorbilidad elevada. Dependencia severa para actividades instrumentadas, dato de riesgo de pérdida de autonomía. Ausencia de institucionalización, a pesar de que la presencia de fragilidad aumenta el riesgo. Presencia de deterioro cognitivo, déficits sensoriales, trastornos de la marcha en menor medida, y fármacos que aumentan riesgo de caídas, en número ligeramente inferior a otros estudios. Buen soporte sociofamiliar en la muestra estudiada, lo cual contrasta con lo objetivado en conjunto en la práctica clínica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Importancia de la detección precoz de fragilidad para prevenir discapacidad y complicación médicas. Generalizar el cribado en distintos niveles asistenciales y realizar intervención sobre la misma dada la potencial reversibilidad.
Dado que el cribado de fragilidad se realiza de forma sencilla, rápida y con escasa necesidad de recursos podría extrapolarse a otros niveles asistenciales, tanto a nivel hospitalaria como de atención primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1316 ===== ***

Nº de registro: 1316

Título
DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA (CONTINUACION)

Autores:
GRANDE MANJON MARIA JOSE, FERRANDO LACARTE IGNACIO, GARCIA DIAZ MARIA DE LA PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Atención paciente geriátrico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1316

1. TÍTULO

DETECCION DE FRAGILIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE GERIATRIA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El sd. fragilidad identifica a pacientes con riesgo de dependencia funcional. Se trata de pacientes que presentan una o varias enfermedades crónicas estables, autónomos para actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel) y autónomos o con algún tipo de dependencia funcional para actividades instrumentadas de la vida diaria (Índice Lawton y Brody).
Presentan un riesgo elevado de caídas y dependencia funcional.
Valoración mediante criterios clínicos, sociales, funcionales, detección de riesgo de caídas, desnutrición, polifarmacia, deterioro cognitivo, trastorno afectivo asociado.
Una vez identificados, se realiza plan de actuación mediante recomendaciones nutricionales, disminución de riesgo de caídas, polifarmacia y revisión de psicofármacos, ejercicio físico multicomponente (aeróbico, flexibilidad, fortalecimiento muscular, estabilidad).
Con este proyecto se pretende mejorar la actuación sobre este tipo de pacientes y de este modo mantener el mayor grado de autonomía y calidad de vida el mayor tiempo posible.

RESULTADOS ESPERADOS

Detección de pacientes que acuden a la consulta externa de geriatría y cumplen criterios de sd. fragilidad
Registro de los mismo y descripción de datos sociodemográficos y clínicos

MÉTODO

Identificar riesgo social - domicilio
o Valoración funcional para detectar riesgo o dependencia funcional mediante Índice de Barthel e Índice de Lawton y Brody.
o Valoración cognitiva/afectiva: Test Pfeiffer/MEC/escala depresión Yesavage.
- Realización analítica de sangre con parámetros nutricionales, función renal, hepática, metabolismo del hierro, vitamina B12, ácido fólico, vitamina Definitivo, PTH, hemograma.
- Criterios clínicos (Fried)
- Valoración riesgo de caídas y test de ejecución.
- Material: Test citados previamente, analítica de sangre.
- Prescripción: ejercicio físico multicomponente, suplementación nutricional si está indicada, recomendaciones para minimizar riesgo de caídas, ajuste de psicofármacos.

INDICADORES

Número de pacientes detectados que cumplan criterios de sd. fragilidad.
- Valoración funcional en la primera consulta externa y controles sucesivos.
- Identificar número de visitas a urgencias u hospitalizaciones, así como institucionalización.
- Valorar polifarmacia.

DURACIÓN

Tras la experiencia de detección en 2017 recogida de pacientes susceptibles en consulta externa que cumplan criterios de sd. fragilidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . . .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2011/0539

1. TÍTULO

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSEFA MOLES ALASTRUE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MUZAS LACAMBA MARIA PILAR
CORED NASARRE ROSA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
QUINTILLA BARDAJI MARIA JOSE
ROMERO ARPA MILAGROS
LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL
PERELLA ARNAL MATILDE INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MAYO Y JUNIO RECOGIDA DE DATOS: 30% DE VOLANTES O TUBOS MAL CUMPLIMENTADOS
SEPTIEMBRE ELABORACION DE ENCUESTA PARA VALORAR CONOCIMIENTOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL
NOVIEMBRE SESION EN LAS SALAS DE FORMACION PARA ENFERMEROS DEL HOSPITAL, SE PASA LA ENCUESTA Y POSTERIORMENTE SE EXPLICA EL CIRCUITO CORRECTO DE LA TRANSFUSION.
DICIEMBRE VALORACION DE LA ENCUESTA, EL 28% DE DUES DESCONOCEN ALGUN PASO IMPORTANTE DE LA TRANSFUSION
FEBRERO REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION
MARZO SESION FORMATIVA Y PRESENTACION DEL PROCEDIMIENTO. SE PASA LA ENCUESTA NUEVAMENTE PARA COMPROBAR SU EFICACIA
MARZO Y ABRIL CONTROL DE PETICIONES Y MUESTRAS, SE ABRE REGISTRO
MAYO EVALUACION ENCUESTA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EL 95% DE LOS ENFERMEROS ENCUESTADOS CONOCEN BIEN EL PROCEDIMIENTO DE LA TRANSFUSION
EL 85% DE PETICIONES Y MUESTRAS BIEN RECIBIDAS Y CUMPLIMENTADAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

OPTIMIZACION DEL TIEMPO DEL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE Y DE HOSPITALIZACION INCLUIDOS LOS CELADORES, EVITANDO REPETICIONES Y ENVIOS AL SITIO DE PROCEDENCIA.
SATISFACCION EN EL TRABAJO BIEN REALIZADO.
PROCEDIMIENTO REALIZADO Y REVISADO POR EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA, HERRAMIENTA UTIL PARA EL PERSONAL DE BANCO DE SANGRE DE NUEVA INCORPORACION.

7. OBSERVACIONES.

NO SE REALIZAN POSTERS PARA NO LLENAR LAS PLANTAS DE HOSPITALIZACION DE PAPELES. DESDE EL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE HAY UN OBJETIVO DE REALIZAR CHARLAS FORMATIVAS CADA AÑO.

*** ===== Resumen del proyecto 2011/539 ===== ***

Nº de Registro: 0539

Título
IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
.

Centro de Trabajo del Coordinador: HOSPITAL DE BARBASTRO

PROBLEMA

EN EL SERVICIO DE TRANSFUSION DEL HOSPITAL DE BARABASTRO, HEMOS DETECTADO PASOS QUE SON MEJORABLES DENTRO DEL PROCESO DE TRANSFUSIÓN:

-HAY UN NÚMERO ELEVADO DE PETICIONES DE PRUEBAS CRUZADAS QUE LLEGAN MAL CUMPLIMENTADAS.

-RECIBIMOS EN NUESTRO LABORATORIO GRAN NUMERO DE TUBOS-EDTA CON SANGRE PARA REALIZAR LAS PRUEBAS CRUZADAS, DONDE NO SE IDENTIFICA EL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.

-AL ASUMIR LOS D.U.E.S DE HOSPITALIZACION EL ACTO DE LA TRANSFUSIÓN Y MANEJO DE HEMODERIVADOS, ES NECESARIA UNA FORMACIÓN PARA LA UNIFICACIÓN DE CRITERIOS.

-ES NECESARIA UNA ACTUALIZACIÓN DE LOS ROCEDIMIENTOS EXISTENTES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2011/0539

1. TÍTULO

IMPLANTACION TOTAL DE LA TRAZABILIDAD EN EL PROCESO TRANSFUSIONAL, EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) CUMPLIMENTACION CORRECTA DE LA PETICIÓN.
- 2) IDENTIFICACION CORRECTA CON LA ETIQUETA, DE LA MUESTRA, CON LA FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA EXTRACCIÓN.
- 4) AUMENTO DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS EN EL MANEJO Y TRANSFUSIÓN DE LOS HEMODERIVADOS POR PARTE DE LOS D.U.E.S. DE HOSPITALIZACIÓN.
- 5) QUE EL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN TENGA UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSIÓN PARA TRABAJAR CON SEGURIDAD.

MÉTODO

- DISEÑO E IMPLEMENTACION DE LA ENCUESTA DE VALORACION DE CONOCIMIENTOS. (PERSONAL DE ENFERMERIA DE BANCO DE SANGRE).
- ELABORACION DE UN PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION PARA LA ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
- SESIONES FORMATIVAS, PARA LOS D.U.E.S. DEL HOSPITAL DE BARBASTRO. (EL PERSONAL DEL SERVICIO DE BANCO DE SANGRE).
- PASE DE ENCUESTAS POST FORMACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA.
- VALORACION DE LAS HOJAS DE INCIDENCIAS.(EQUIPO DE BANCO DE SANGRE).
- CAMBIO DE VOLANTE DE PETICION DE PRUEBAS CRUZADAS, DONDE SE APRECIE TODA LA TRAZABILIDAD DEL PROCESO. (COMISION DE TRANSFUSION).

INDICADORES

- NUMERO TOTAL DE PETICIONES MAL CUMPLIMENTADAS / NUMERO TOTAL DE PETICIONES RECIBIDAS x 100
- NUMERO TOTAL DE INCIDENCIAS REGISTRADAS / NUMERO TOTAL DE TRANSFUSIONES REALIZADAS x 100
- % DE ENFERMEROS DE HOSPITALIZACION QUE SUPERAN EL 80% DE LAS PREGUNTAS DE LA ENCUESTA.

DURACIÓN

- MES DE ABRIL Y MES DE MAYO, RECOGIDA DE DATOS Y ELABORACION DE LA ENCUESTA.
- MES DE JUNIO ELABORACION DEL PROCEDIMIENTO DE TRANSFUSION Y SEGUNDA QUINCENA, FORMACION.
- MES DE SEPTIEMBRE, PRIMERA QUINCENA FORMACION, SEGUNDA QUINCENA PASE DE ENCUESTAS.
- MES DE OCTUBRE Y MES DE NOVIEMBRE, EVALUACION.
- MES DE DICIEMBRE, CONCLUSIONES E INFORMACION A LAS UNIDADES.

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES del SECTOR

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0032

1. TÍTULO

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MUZAS LACAMBRA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
CORED NASARRE ROSA MARIA
VILLACAMPA BUIL ROSA
RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL
BIELSA MOLINA PATRICIA
MATINERO BENITO LOURDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

EN DICIEMBRE REUNION EN EL ESPACIO DE CONSULTAS, DE TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA, AUXILIARES Y ENFERMEROS RESPONSABLES DE LAS CONSULTAS, EXPLICANDO EL PROYECTO. RECORDATORIO DEL AYUNO, ORINA PRIMERA DE LA MAÑANA Y COMO RECOGER LA ORINA DE 24 HORAS, SIGUIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE HAY EN LA PARTE DE ATRAS DEL VOLANTE DE PETICION. DISEÑO DE HOJA INFORMATIVA QUE SE ADJUNTARA A LA PETICION DE ANALITICA, DONDE SE INDICA LA NECESIDAD DE CITACION, AYUNO Y RECOGIDA DE ORINA, HECES, ETC.
REUNION EN DICIEMBRE CON EL PERSONAL DE CITACIONES PARA RECORDAR DIAS DE EXTRACCIONES ESPECIALES.
EN ENERO SE ACUERDA CONFECCIONAR UN CALENDARIO PARA CITACIONES, CON LOS DIAS DE PRUEBAS ESPECIALES, DIAS BLOQUEADOS POR SER FIESTA EN ZARAGOZA, ETC.
NO SE REALIZA POSTER, POR NO LLENAR LAS PAREDES DE PAPELES Y POR INDICACION DE LA DIRECCION.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

SEPTIEMBRE Y OCTUBRE REGISTRO EN HOJA DE PACIENTES QUE LLEGAN SIN CITA, SIN ORINA, SIN AYUNO, EN DIA INADECUADO. NOVIEMBRE, EVALUACION DE DATOS
RESULTADO:
10% DIA INADECUADO
SIN CITA NO SE EVALUA, NO TENEMOS PERSONAL PARA COMPROBAR SI ESTAN O NO CITADOS.
25% SIN ORINA RECIENTE
5% SIN ORINA DE 24 HORAS
22% SIN AYUNO, DE ESTOS PACIENTES, ALGUNOS LLEGAN DIRECTAMENTE DE LA CONSULTA POR INDICACION DEL FACULTATIVO ENERO Y FEBRERO RECOGIDA DE DATOS EN HOJA.
2% PACIENTES QUE LLEGAN EN DIA, HORA INADECUADO.
18% SIN ORINA RECIENTE, ALGUNOS SI LO SABEN PERO ALEGAN QUE NO TIENEN BOTE
2% SIN ORINA DE 24 HORAS
6% SIN AYUNO, A EXCEPCION DE LOS QUE LLEGAN ENVIADOS POR LA CONSULTA DIRECTAMENTE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LA SATISFACCION EN LA CONSULTA DE EXTRACCIONES ES POSITIVA, LOS PACIENTES LLEGAN EN MEJORES CONDICIONES, MAS INFORMADOS.
LOS PACIENTES PERCIBIMOS TIENEN MAYOR INFORMACION.
QUEDA PENDIENTE DE SOLUCION LA AGLOMERACION DE LOS PACIENTES A PRIMERA HORA.

7. OBSERVACIONES.

NO SE REVISAN LAS CITAS POR NO DISPONER DE PERSONAL SUFICIENTE PARA ELLO Y ADEMAS NO APORTAR NADA, PUES LLEGAN MUCHOS PACIENTES DE CENTROS DE SALUD SIN CITA QUE IGUALMENTE SE LES REALIZA LA EXTRACCION, ADEMAS CREEMOS QUE ES UNA PERDIDA DE TIEMPO EL ENVIAR POSTERIORMENTE AL PACIENTE A CITARSE.
SI FUERA NECESARIO TENEMOS HERRAMIENTAS A TRAVES DEL SIL DE SABER CUANTOS PACIENTES HAN ACUDIDO A LA SALA DE EXTRACCIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2013/32 ===== ***

Nº de Registro: 0032

Título
INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2013/0032

1. TÍTULO

INFORMACION DE CONDICIONES NECESARIAS PARA LA REALIZACION DE PRUEBAS ANALITICAS A USUARIOS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MUZAS LACAMBRA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, CORED NASARRE ROSA MARIA, VILLACAMPA BUIL ROSA, RUIZ SALVADOR MIGUEL ANGEL, BIELSA MOLINA PATRICIA, MATINERO BENITO LOURDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Detectamos diariamente en las consultas de extracciones las mismas dudas, incorrecciones y falta de información de los pacientes:

- No refieren información del ayuno. La mayoría acuden a la consulta de extracciones en ayunas pero sin tener confirmación previa.
- No acuden con la primera orina de la mañana. Aunque en la consulta peticionaria de la analítica se lo indiquen, el paciente no lo asume.
- No acuden con la orina de 24 horas correctamente recogida.
- Los pacientes acuden sin cita.
- Muchos sufren hematoma post-punción, por no ejercer presión sobre el punto de extracción.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

- MEJORAR LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE NO LLEGAN EN AYUNAS, Ó QUE SI LLEGAN NO ESTABAN INFORMADOS.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN ORINA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EXTRACCIONES SIN LA ORINA DE 24 HORAS Ó MAL RECOGIDA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN A LA CONSULTA SIN CITA.
- DISMINUIR EL NUMERO DE PACIENTES QUE LLEGAN CON PETICIONES DE PRUEBAS ESPECIALES EN EL DIA INCORRECTO.

MÉTODO

- DISEÑO DE UNA HOJA INFORMATIVA CLARA, PARA ENTREGAR A LOS PACIENTES QUE REQUIERAN ANALÍTICA.
- DISEÑO DE UN POSTER IMPACTANTE, QUE SE COLOCARÁ EN LAS CONSULTAS DE EXTRACCIONES.
- VALORACIÓN DE RESULTADOS.

INDICADORES

- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES, SIN AYUNO O SIN INFORMACIÓN DEL AYUNO/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN CITA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES X 100
- NUMERO DE PACIENTES QUE ACUDEN A LAS SALAS DE EXTRACCIONES SIN ORINA/NUMERO TOTAL DE PACIENTES CON PETICIÓN DE ANALÍTICA DE ORINA X 100

DURACIÓN

- DOS MESES DE RECOGIDA DE DATOS
- MES SIGUIENTE, EVALUACIÓN DE DATOS
- MES SIGUIENTE, REPARTO DE ACCIONES A CONSULTAS
- DOS MESES DE TRABAJO CON LAS NUEVAS ACCIONES
- MES SIGUIENTE DE NUEVA EVALUACIÓN
- MES SIGUIENTE CONCLUSIONES.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2014/0088

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE LA PUNCION CAPILAR PARA PACIENTES INGRESADOS Y/O EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y/O EN EL SERVICIO DE DIALISIS CON TAO

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE MILAGROS ESTEVE MORLAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORED NASARRE ROSA MARIA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
LLINARES SANJUAN FRANCISCO MIGUEL
PERELLA ARNAL MATILDE INES
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

SEPTIEMBRE RECOGIDA DE DATOS (EN PAPEL) RELATIVOS A HOSPITALIZACION SOBRE COMO LLEGAN LAS HOJAS DE PETICION DE EXTRACCION PARA EL TAO. (SEPTIEMBRE ELABORACION CON LOS HEMATOLOGOS DE LA ENCUESTA A REALIZAR POR LOS DUES SOBRE SU CONOCIMIENTO.
OCTUBRE EVALUACION DE LOS DATOS OBTENIDOS. OCTUBRE DISEÑO DEL CIRCUITO A IMPLANTAR.
NOVIEMBRE, SESIONES IMPARTIDAS EN LAS SALAS DE FORMACION A LOS DUES DE HOSPITALIZACION, URGENCIAS Y DIALISIS DE INTERPRETACION DE RESULTADOS. EN LA MISMA SESION SE PASA LA ENCUESTA SOBRE SUS CONOCIMIENTOS. TAMBIEN PRESENTACION DEL CIRCUITO. HORAS Y LUGAR DE RECEPCION DE HOJAS, HORARIO DE REALIZACION DE LA PUNCION.
DICIEMBRE Y ENERO PUESTA EN MARCHA DEL PROYECTO.
FEBRERO, RECOGIDA DE DATOS (EN PAPEL)
MARZO EVALUACION POR PARTE DE LAS DUES RESPONSABLES DE LA CONSULTA DE HEMOSTASIA.
NO SE REALIZA EL APARTADO DE PUNCION DIGITAL EN LA SALA DE OBSERVACION, POR NO TENER APARATOS DISPONIBLES Y NO CONSIDERAR EL SERVICIO DE URGENCIAS ESA NECESIDAD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

EVALUACION DE LA PRIMERA RECOGIDA DE DATOS:
UN 45% DE HOJAS FUERA DE HORA O ENTREGADAS EN LUGAR INADECUADO (EN EL LABORATORIO EN SITIO INCORRECTO).
EVALUACION DE LA SEGUNDA RECOGIDA DE DATOS:
UN 8% DE HOJAS FUERA DE HORA O ENTREGADAS EN LUGAR INADECUADO.
EN DIALISIS SE ESTABLECE HORARIO: 8 HORAS Y 14 HORAS, PREVIA COMUNICACION DEL SERVICIO DE DIALISIS CON HEMOSTASIA DE LOS PACIENTES A ATENDER.
EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, SALA DE OBSERVACION A DEMANDA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

LOS DUES IMPLICADOS EN LA CONSULTA DE HEMOSTASIA MANIFIESTAN SU SATISFACCIÓN POR LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON ESTAS ACCIONES.

7. OBSERVACIONES.

EL SERVICIO DE HEMATOLOGIA PROPONE REALIZAR SESIONES FORMATIVAS Y RECORDATORIAS ANUALES EN LAS SESIONES DE ENFERMERIA ABIERTAS A TODO EL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2014/88 ===== ***

*** ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 23/01/2018

2. RESPONSABLE PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CORED NASARRE ROSA MARIA
PUYAL MELE ANA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
PERELLA ARNAL MATILDE INES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se decide desde el Comité de Transfusión, a instancias del Servicio de Hematología y Hemoterapia, la puesta en marcha de un Sistema informatizado de Seguridad Transfusional.
- El proyecto fue aprobado por la Dirección.
- Se contacta con empresas (e-Delphyn y Grifols) que disponen del Software adecuado para la realización de dicho proyecto. Se decide finalmente optar por la utilización del Sistema Gricode de la compañía Grifols.
- Se realiza una valoración de las necesidades materiales: compra de pulseras con código de barras y adquisición de PDAs para las unidades clínicas del Hospital, unidad de extracciones y Servicio de transfusión.
- Formación del personal implicado en el proceso de la transfusión (Técnicos de Laboratorio, Diplomados de Enfermería del Hospital y especialistas de Hematología y Hemoterapia). La formación se ha realizado a través de talleres impartidos por personal de la empresa Grifols. La formación de los diplomados de enfermería y técnicos de laboratorio que se van incorporando al Hospital corre a cargo de las supervisoras diplomadas de enfermería de cada unidad.
- El Servicio de Informática se ha encargado de dar de alta como usuarios a todo el personal implicado en el proceso transfusional, así como del personal de nueva incorporación.
- La transmisión de los datos se realiza de modo inmediato a través de la Wifi del Hospital al programa Gricode, salvo en Quirófano y la Unidad de Cuidados Intensivos donde se ha precisado conectar la PDA a través de línea telefónica para descargar los datos en el programa Gricode.
- Se ha realizado conexión del programa informático Gricode con el programa informático del Banco de sangre y Tejidos de Aragón y el programa de laboratorio Modulab.
- Se elabora un nuevo documento con el procedimiento para la solicitud y transfusión de hemoderivados y una guía adicional para el personal de Enfermería.
- Se pone en marcha el proyecto el día 13 de noviembre de 2017.
- Se ha mantenido el control del grupo y Rh a la cabecera del paciente como medida adicional de seguridad transfusional.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- A los 2 meses de la implantación el grado de utilización del sistema es próximo al 100%. Sólo se ha obviado su uso en el caso de transfusiones con extrema urgencia en que la trazabilidad se ha realizado de modo manual.
- El sistema informático de trazabilidad transfusional ha permitido una identificación inequívoca del paciente, de su muestra y de los hemoderivados destinados a cada paciente.
- Ha permitido la sistematización de todo el proceso transfusional.
- Permite realizar una monitorización a tiempo real desde el Servicio de Transfusión de todas las unidades enviadas, controlando el tiempo desde el inicio al final de la transfusión.
- Permite la comunicación de incidencias durante el proceso transfusional (interrupción de la transfusión, reacción transfusional...).
- Cumplimiento en mayor grado de las exigencias legales de trazabilidad transfusional y recomendaciones de calidad para la prevención de errores y hemovigilancia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mejora de la seguridad transfusional para el paciente.
- Mayor implicación del personal que interviene en el proceso transfusional en los procedimientos de seguridad transfusional.
- Mayor colaboración entre el personal del Servicio de Transfusión y el personal de enfermería responsable de la transfusión.
- Se debe mejorar en el tiempo de transfusión de las unidades, que es superado (mayor de 2 horas) en mas del 50% de las transfusiones.
- Realización de evaluación permanente sobre el grado de cumplimiento del proceso.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMatico DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1766 ===== ***

Nº de registro: 1766

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMatico DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, CORED NASARRE ROSA MARIA, PUYAL MELE ANA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MAIRAL LACOMA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Transfusión sanguínea
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La seguridad de todo el proceso de la transfusión es un objetivo primordial.
Además de las medidas realizadas habitualmente (comprobación de grupo en banco de sangre, comprobación de grupo en la cabecera del paciente...), existen hoy en día otros métodos para aumentar la seguridad transfusional. Desde la Comisión de Transfusión del Hospital de Barbastro se propuso la puesta en marcha de un sistema informático de seguridad transfusional con el objetivo de mejorar todo el procedimiento.

RESULTADOS ESPERADOS
- Puesta en marcha de un sistema de seguridad transfusional informatizado.
- Formación del personal de laboratorio (técnicos, enfermería y facultativos) para el manejo de dicho programa.
- Reducción del número de errores transfusionales.
- Mejora en la trazabilidad del procedimiento transfusional.

MÉTODO
- Contactar con empresas encargadas de suministrar el software adecuado.
- Adquisición de materiales necesarios: PDAs y pulseras con códigos de barras.
- Formación del personal hospitalario para el manejo de las PDAs.
- Conexión informática entre el nuevo software y los programas disponibles previamente en laboratorio.
- Elaboración de un documento con el procedimiento a seguir.

INDICADORES
- Porcentaje de transfusiones que se realizan con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas con el sistema informático/ nº de transfusiones totales)x100
- Porcentaje de transfusiones realizadas correctamente con el sistema informático: (nº de transfusiones realizadas correctamente/nº transfusiones realizadas con el sistema informático) x 100
- Evaluación de los errores transfusionales en el periodo de un año y comparación de los mismos con años posteriores.

DURACIÓN
- 3 meses: contacto con empresas suministradoras y acuerdo con Dirección para aprobar el proyecto.
- 6 meses: puesta en marcha del proyecto.
- 3 meses (y posteriores): evaluación de primeros resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1766

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA INFORMATICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Fecha de entrada: 31/01/2018

2. RESPONSABLE MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO JOSE
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
PERELLA ARNAL MATILDE INES
CORED NASARRE ROSA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Solicitud de coagulómetros portátiles.
- Solicitud de las tiras reactivas para autocontrol.
- Solicitud de diarios, con algoritmos de dosificación.
- Selección de los pacientes que se consideran más adecuados para el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral.
- Contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes.
- Charla de formación teórica por parte de un facultativo especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre la hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitaminas K y modo de realizar la autodosificación del tratamiento, mediante el uso de las tablas incluidas en los diarios.
- Taller práctico, por parte de diplomados de Enfermería, sobre el manejo de los coagulómetros portátiles y el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
- Organización de un circuito, a través de la Consulta de Enfermería de tratamiento anticoagulante, para solventar las dudas y problemas que pudieran surgir a los pacientes. Se utiliza preferentemente como medio de contacto la vía telefónica.
- Visita presencial con cada paciente 1 mes después de iniciar el programa de autocontrol, con el fin de revisar si se realiza correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que puedan haber surgido durante el primer mes.
- En julio de 2017 se incluyó el primer grupo de pacientes del Sector de Barbastro en el programa de autocontrol.
- Se ha realizado un seguimiento de la realización de los controles, dosificación y registro en el diario de autocontrol.
- En diciembre de 2017 se ha incluido en el programa el segundo grupo de pacientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha observado que los pacientes mantienen durante más tiempo el INR dentro del rango terapéutico.
- No se ha observado un incremento en las complicaciones hemorrágicas.
- No ha surgido ninguna complicación tromboembólica en los pacientes incluidos.
- Reducción en la pérdida de horas laborales por parte de los pacientes en activo.
- Reducción en el número de desplazamientos al Hospital.
- Todos los pacientes incluidos siguen en el programa de autocontrol.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mayor satisfacción por parte de los pacientes incluidos en el programa de autocontrol.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes, que disfrutaban de una mayor libertad para realizarse el control del tratamiento.
- Mayor compromiso por parte del paciente en la cumplimentación del tratamiento.
- Esta prevista la inclusión de nuevos grupos de pacientes cada 2-3 meses

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1767 ===== ***

Nº de registro: 1767

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DE TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

Autores:
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, CORED NASARRE ROSA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamiento anticoagulante Oral.
Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitaminas K (AVK) deben acudir con mucha frecuencia al hospital y/o Centro de Salud para realizar controles de INR.
El hecho de que tengan que tanta dependencia del las instituciones sanitarias, obliga a que tengan que pasar un tiempo considerable en el hospital y/o Centro de Salud realizando el control y esperando la pauta, interfiriendo en la propia calidad de vida del paciente.
Existen guías que informan del manejo y monitorización de los pacientes que podrían ser incluidos en un programa de autocontrol.
En la actualidad muchos pacientes acuden a primera hora de la mañana para realizar INR capilar. Posteriormente, la enfermera transmite el INR en el programa de monitorización de AVK (TAOnet®), y luego, los pacientes tienen que esperar una media de 1-2 horas mientras se hacen los informes de AVK, según el trabajo de los Facultativos.

RESULTADOS ESPERADOS

Resultados que se esperan conseguir:
-Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
-Aplicar las guías existentes para Autocontrol de AVK para el manejo de estos pacientes.
-Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología.

Método y actividades para mejorar:

-Selección de los pacientes más adecuados, y contacto personal con los mismos para ofrecerles esta modalidad de control
-Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, así como unos talleres formativos para pacientes que sean subsidiarios de iniciar un programa de autocontrol. La charla de formación teórica será llevada a cabo por un Facultativo Especialista en Hematología y Hemoterapia con el objeto de transmitir al paciente unas ideas básicas sobre hemostasia, el mecanismo de acción de los anticoagulantes orales antivitaminas K y modo de realizar la autodosificación del tratamiento (tablas recogidas en un diario).
-Existen unos diarios donde se explican las pautas de anticoagulación que se deberán seguir en función del INR objetivo (según la patología del paciente), y del que se obtenga con el coagulómetro portátil.
-Se realizará un taller práctico, por parte de diplomados en Enfermería, sobre el manejo de los coagulómetros portátiles, el método para la punción y obtención de la muestra de sangre capilar.
-Se Organizará un circuito con visitas periódicas en la Consulta Hemostasia para monitorizar los resultados obtenidos de forma ambulatoria, solventar dudas y problemas que hayan ido surgiendo. Se utilizará la vía telefónica como medio de contacto preferente.
-Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

MÉTODO

La propuesta consistiría en seleccionar una población de pacientes que presenten un buen control del tratamiento anticoagulante oral, los cuáles tengan obligaciones o un ECOG, que impidan o dificulten acudir a los centros hospitalarios. Una vez seleccionada la población diana, se elaborarían talleres de formación, y monitorización periódica del programa en la Consulta de Hemostasia.

INDICADORES

-Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de AVK ((nº pacientes año estudio - nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
-Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.
-Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

-2 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1767

1. TÍTULO

CREACION DE UNA UNIDAD DE AUTOCONTROL DEL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL

- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Julio de 2017: Inicio del programa en un primer grupo de pacientes.
- Un mes después: visita en la Consulta de Hemostasia con cada uno de los pacientes, con el fin de revisar si se ha realizado correctamente el registro de los controles y de la dosificación, así como comentar y resolver los problemas que pueden haber surgido en este primer mes.
- Valorar 3-6 meses después incluir un nuevo grupo de pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE PEDRO PAUL VIDALLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERELLA ARNAL MATILDE INES
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
CORED NASARRE ROSA MARIA
MOLES ALASTRUE JOSEFA
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
ESTEVE MORLAN MILAGROS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han revisado las últimas guías y recomendaciones internacionales acerca de las extracciones y procedimientos dentarios menores en pacientes anticoagulados, objetivándose que, tal y como se planteaba en nuestro proyecto, no es necesaria la suspensión del tratamiento anticoagulante en este grupo de pacientes. Es suficiente con la verificación del INR (en rango terapéutico o inferior), una correcta hemostasia local y enjuagues con Amchafibrin. Se ha creado una hoja con un formato "modelo", del mismo modo que ya existe una para los pacientes en que sí hay que suspender los AVK, para entregar al paciente o enviar al Centro de Salud en los pacientes que precisan extracción dental única o procedimientos dentarios menores. Dicha hoja se viene empleando de manera habitual desde, al menos, febrero de 2018, sin haberse constatado complicaciones hemorrágicas relevantes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En el año 2018 (y los 2 primeros meses de 2019) se han utilizado las pautas para extracciones y procedimientos dentarios menores en, aproximadamente, unos 40 - 50 pacientes; sin tener constancia de que se haya producido ningún episodio hemorrágico relevante.
- En más del 90% de los pacientes que precisaban pauta para procedimiento dentario menor, se ha utilizado la pauta creada a tal efecto.
- Se ha constatado que, cada vez con mayor frecuencia, son los propios odontólogos los que, a tenor de las recomendaciones actuales, ya ni siquiera solicitan pauta a nuestro servicio, requiriendo únicamente un control de INR inferior a 3 o 3,5 el día del procedimiento (lo cual constituye una actitud óptima).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La utilización de una hoja de recomendaciones para pacientes anticoagulados que requieren extracción dental única o procedimientos dentarios menores se lleva a cabo de manera habitual (>90% de los casos), de manera práctica, eficaz y segura.
- No se han objetivado complicaciones hemorrágicas relevantes.
- Se ha disminuido notablemente el potencial riesgo trombótico de la suspensión de Sintrom en este subgrupo de pacientes.
- Se ha producido un importante ahorro económico al evitar la utilización de heparinas de bajo peso molecular.
- A pesar de no haberse contactado de manera oficial con el Colegio de Odontólogos, se ha constatado que los odontólogos de nuestro sector sanitario se ciñen habitualmente a las recomendaciones y que, incluso, en los últimos meses no solicitan nuestras indicaciones puesto que ya las llevan a cabo de manera cotidiana, lo cual constituye un manejo óptimo de estos pacientes.

7. OBSERVACIONES.

* No recibimos confirmación de que el proyecto había sido aprobado, lo cual retrasó la implantación del mismo. Habitualmente se recibía un correo electrónico confirmando que el proyecto estaba aprobado.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/222 ===== ***

Nº de registro: 0222

Título
PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, CORED NASARRE ROSA MARIA, MOLES ALASTRUE JOSEFA, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ANTICOAGULACION
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Sintrom requieren, con cierta frecuencia, extracciones dentarias o procedimientos dentarios menores. Habitualmente estos pacientes son derivados desde su odontólogo o médico de atención primaria a Hematología para suspender temporalmente el tratamiento anticoagulante oral y realizar terapia puente con heparina de bajo peso molecular. La suspensión del tratamiento anticoagulante oral comporta un aumento del riesgo trombótico, sobre todo en los pacientes de alto riesgo (prótesis mecánicas, trombofilias...). Las guías internacionales actuales recomiendan NO SUSPENDER el tratamiento anticoagulante oral ante procedimientos de bajo riesgo hemorrágico (extracción dentaria única, limpieza bucal, etc...). En el momento actual: el paciente va al dentista, es derivado a Hematología, donde se realiza pauta de suspensión y paso a HBPM, enviándola al Centro de Salud. El paciente debe acudir al centro de salud a recoger la pauta, y posteriormente al Hospital el día de la extracción para control INR. Finalmente se realiza la extracción. Se pretende que el paciente, al acudir al dentista, reciba la pauta y únicamente se realice el control de INR en el centro de salud, 1 o 2 días antes de la extracción.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar la suspensión temporal del tratamiento anticoagulante oral en pacientes que no lo requieren, disminuyendo de esta manera el riesgo trombótico asociado.
- Aplicar un documento consensuado con el Colegio de Odontólogos de Aragón para el manejo de estos pacientes.
- Disminuir la carga asistencial del Servicio de Hematología, de los Médicos de Atención Primaria y de los propios odontólogos; así como evitar viajes y consultas innecesarias a los pacientes anticoagulados.
- Ahorro económico al evitar la administración de HBPM cuando realmente no se precisa.

MÉTODO

Se pretende elaborar un documento para el manejo de pacientes anticoagulados con Sintrom que precisen procedimientos o extracciones dentarias en nuestro sector sanitario, consensuado con el Colegio de Odontólogos pertinente. Dicho documento debe incluir instrucciones sencillas sobre el procedimiento a seguir (no suspender Sintrom, cuándo realizar control de INR, medidas hemostáticas locales a realizar, precauciones y signos de alarma...), para su aplicación en el día a día por parte de los Odontólogos, sin tener que remitir a los pacientes al Servicio de Hematología o a Atención Primaria.

Una vez realizado el borrador del documento, se debería presentar a los Odontólogos de nuestro sector (breve charla, presentación de diapositivas), de manera que se pudiera establecer una comunicación bilateral para poder solventar dudas y escuchar aportaciones de los mismos. Una vez aprobado el documento final, se remitiría a las Clínicas Odontológicas, Centros de Salud y/o pacientes de cara a su utilización en la práctica habitual. Tras un periodo de aplicación, realizar una encuesta a los Odontólogos valorando el grado de cumplimiento del documento, el grado de satisfacción y las dudas/problemas que hayan surgido durante dicho periodo.

INDICADORES

- Porcentaje de reducción del número de pacientes que acuden a Hematología para obtener pauta de Sintrom ante procedimientos dentales menores ($(n^{\circ} \text{ pacientes año estudio} - n^{\circ} \text{ pacientes año promedio}) / n^{\circ} \text{ pacientes año promedio} \times 100$).
- Número de pacientes que presentan complicaciones en el procedimiento.
- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores arriba señalados), los resultados de la encuesta realizada a los Odontólogos

DURACIÓN

Duración y calendario

- 2 meses: revisión bibliográfica y elaboración del borrador del documento.
- 2 meses: presentación del borrador a los odontólogos y Colegio de Odontología para consensuarlo y solventar dudas.
- 6 meses: aplicación del documento en la práctica habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0222

1. TÍTULO

PAUTAS DE ACTUACION ANTE EXTRACCIONES Y PROCEDIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN PACIENTES ANTICOAGULADOS CON SINTROM

- 2 meses: encuesta de satisfacción a Odontólogos y elaboración de un informe con los resultados obtenidos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR
MOLES ALASTRUE JOSEFA
ESTEVE MORLAN MILAGROS
MAZON GARCIA ANDREA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Durante el mes de mayo y junio de 2018 se revisaron las guías existentes de anticoagulación oral, así como el antiguo material suministrado en nuestras consultas, y se elaboró un borrador de "Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K (AVK)".
- Durante julio-septiembre de 2018, se presentó el borrador a enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas, y se elaboró la versión definitiva de la "Hoja de Recomendaciones para pacientes en tratamiento anticoagulante con AVK".
- Inicio del programa: A partir del mes de Octubre de 2018, en la primera visita realizada a los pacientes que comenzaban anticoagulación con AVK, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, explicaba el tratamiento con AVK, y aportaban la hoja de recomendaciones donde se solventaban las principales dudas sobre el tratamiento que pudiese surgir en su domicilio. También se ofrecía la hoja de información a los pacientes que ya estaban en tratamiento y que mostraban dudas sobre la anticoagulación con AVK.
- A partir de Diciembre de 2018, se comenzó a valorar la utilidad de la hoja de recomendaciones en los pacientes que se encuentran en tratamiento anticoagulante con AVK: se ha efectuado una valoración de la comprensión aportada en las primeras visitas, objetivando un claro beneficio de la utilización de la hoja de recomendaciones. Insistiendo en los puntos de la hoja de recomendaciones: tratamiento concomitante, dosis del tratamiento anticoagulante, dieta, ...

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se ha conseguido que los pacientes presentan una dieta equilibrada, disminuyendo así la labilidad de los niveles de INR.
- Los pacientes han mantenido a los facultativos de Hematología de los cambios en su tratamiento habitual.
- Se observa que los pacientes presentan menos eventos adversos evitables, potencialmente graves, derivados de la desinformación.
- Ha permitido solventar antiguos "mitos" sobre el tratamiento con AVK.
- Los pacientes han presentado una mejoría en la calidad de vida, al disminuir los miedos y preocupaciones en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Mayor satisfacción por parte de los pacientes, al poder solventar dudas en cuanto al tratamiento anticoagulante con AVK.
- Mejora de la calidad de vida de los pacientes en tratamiento con AVK, al presentar un mejor conocimiento de los eventos adversos derivados de la anticoagulación.
- Mayor compromiso de los pacientes en la cumplimentación del tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/263 ===== ***

Nº de registro: 0263

Título
CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

Autores:
YUS CEBRIAN MARIA FLOR, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PERELLA ARNAL MATILDE INES, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, MUZAS LACAMBRA MARIA PILAR, MOLES ALASTRUE JOSEFA, ESTEVE MORLAN MILAGROS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Anticoagulación
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes anticoagulados con Anticoagulantes antivitaminas K (AVK) en ocasiones presentan multitud de dudas sobre el tratamiento, que normalmente solventan en la consulta de Hemostasia, pero consideramos que es importante que las principales cuestiones que les puedan surgir las tengan solventadas en una hoja informativa. Creemos que es fundamental que los pacientes anticoagulados con AVK conozcan los siguientes:

- La adecuada toma de AVK y otros fármacos que deben tomar por procesos crónicos o intercurrentes. Los pacientes no deberían suprimir o añadir medicamentos sin el consentimiento de un facultativo.
- Debe ser de máxima importancia que los pacientes anticoagulados con AVK tengan claro que la dosis que deben de tomar es la indicada y solamente esa dosis. Deberían conocer que es peligroso aumentar o reducir la dosis sin instrucciones expresas de un facultativo.
- Los alimentos que pueden tomar. Muchas veces objetivamos que los pacientes evitan tomar verduras u otros alimentos ricos en vitamina K por miedo a que los controles no sean adecuados. No deberán efectuar cambios de importancia en su régimen alimenticio por el hecho de que se encuentren en tratamiento con AVK.
- Los pacientes deberían estar informados de los riesgos de tomar otros antiagregantes y anticoagulantes. También deberían estar atentos ante cualquier pérdida anormal de sangre (por encías, epistaxis incoercible, hematuria, melenas o rectorragia, grandes hematomas en la piel). En caso de apreciar alguno de los anteriores síntomas, debería acudir a su centro de Atención primaria o a Urgencias del hospital.
- En caso de enfermedad, con o sin fiebre, la presencia de diarreas, deberá indicarlo a su médico de atención primaria, o a su Hematólogo.
- No deberían abusar de bebidas alcohólicas si se encuentran en tratamiento con AVK.
- Siempre que sea necesario que sean sometidos a procedimientos invasivos, deberán indicar que se encuentran en tratamiento anticoagulante, de manera que se les realice una pauta para la retirada del fármaco.
- No deberán administrarse inyecciones intramusculares por el riesgo de hematomas musculares, y si fuera preciso debería realizarse subcutáneo profundo.
- Si la paciente tuviera intención o se queda embarazada, debería indicarlo inmediatamente a su médico de Atención Primaria o Hematólogo.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de los pacientes en tratamiento con AVK, disminuyendo la dependencia hospitalaria de estos pacientes.
- Evitar los riesgos derivados del desconocimiento de un adecuado manejo de AVK, y solventar todas las dudas potenciales en una hoja informativa que el paciente podrá tener en su domicilio.
- Intentar que el paciente no consulte otras fuentes no fidedignas que pueden conducir a riesgos para su salud.

MÉTODO

- En la primera vista realizada a los pacientes que inician anticoagulación, el DUE encargado de la sección de Hemostasia, además de explicar al paciente el tratamiento con AVK, les facilitará una hoja informativa donde puedan solventar las principales dudas que puedan surgirle en su domicilio y en su día a día.
- Elaboración de material didáctico para la formación de los pacientes, que consistirá en la creación de una hoja informativa, que sea de fácil lectura y que sea comprensible por todos los pacientes, sean jóvenes o ancianos, con estudios básicos o universitarios.
- Se realizará un cuestionario de satisfacción a los pacientes del proceso.

INDICADORES

- Porcentaje de reducción del número de pacientes que presentan eventos adversos por la toma de AVK ((nº pacientes año estudio - nº de pacientes año promedio/nº pacientes año promedio) x 100).
- Número de pacientes que presentan complicaciones con el procedimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0263

1. TÍTULO

CREACION DE UNA HOJA DE RECOMENDACIONES PARA EL ENFERMO QUE INICIA O CONTINUA EL TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE ORAL CON ANTIVITAMINA K

- Se realizará un informe con los resultados obtenidos, valorando (además de los indicadores anteriores), los resultados de la encuesta de satisfacción.

DURACIÓN

- 1 meses: revisión bibliográfica y elaboración de un borrador sobre el procedimiento.
- 1 mes: presentación del borrador a Enfermería de Hematología y Hemoterapia para consensuarlo y solventar dudas.
- Junio-Agosto de 2018: Inicio del programa.
- Dos meses después del inicio del programa: Realizar un cuestionario de satisfacción en el que se evalúe la utilidad de la Hoja informativa.

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 - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2019

2. RESPONSABLE LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
ROMERO ARPA MILAGROS
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado el pliego de prescripciones técnicas incluyendo la documentación técnica que deben presentar las casas comerciales, el equipamiento necesario para la realización de los hemogramas en el Sector de Barbastro (Hospital de Barbastro y Laboratorio de Fraga), las condiciones que debe cumplir el Servicio técnico y otras cuestiones como controles de calidad y certificado sobre manejo de los residuos generados.
Se han determinado los criterios de valoración acerca de los autoanalizadores, los reactivos y el servicio técnico.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han estudiado las características de los autoanalizadores de varias casas comerciales, valorando si cumplían los requisitos indicados en el apartado anterior y son adecuados para las necesidades de nuestro Sector.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Como consecuencia de la presión asistencial no se ha podido finalizar el proyecto como teníamos previsto quedando pendiente la publicación de las especificaciones requeridas, la realización del informe técnico y una vez se hayan implantado los nuevos autoanalizadores realizar la formación del personal del Laboratorio.
Se prevé poder finalizar el proyecto durante el año en curso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/349 ===== ***

Nº de registro: 0349

Título
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años. Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes. Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultanea de los autoanalizadores disponibles. Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro. Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos. Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

MÉTODO

Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos. Publicar las especificaciones requeridas. Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector. Realización del informe técnico. Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio. Implantación de los nuevos autoanalizadores. Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

INDICADORES

Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura. Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica. Reducción de costes por hemograma.

DURACIÓN

En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LORIS LENDY ROMERO QUEZADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PAUL VIDALLER PEDRO
YUS CEBRIAN MARIA FLOR
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE
ROMERO ARPA MILAGROS
OLIVA ARMISEN JOAQUIN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones conjuntas con la participación de todos los componentes del equipo y los representantes de cada casa comercial interesada. En dichas reuniones se ha valorado las características de los diferentes autoanalizadores existentes analizando:

Las características técnicas de los autoanalizadores y su facilidad de manejo.

Análisis de los parámetros que aporta cada uno de ellos

Valoración del número de reactivos necesarios para las determinaciones

La existencia o no de reglas de validación configurables por el usuario.

La posibilidad de realizar test reflejos automáticos

La seguridad para el manejo de las muestras de sangre.

Se han reevaluado, por parte del equipo, las necesidades del Servicio de Hematología a la vista de las

posibilidades ofertadas y el crecimiento del número de determinaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Basándonos en las actividades indicadas se han modificado las prescripciones técnicas que debe incluir la oferta decidiendo que debe incluir además de lo especificado previamente:

- Un sistema automático para la gestión y clasificación de tubos en la pre y post- analítica. Deberá incluir al menos 3 bandejas de distribución con 3 áreas de distribución por bandeja (9 áreas físicas de distribución).

- Se precisa un proyecto de organización del nuevo equipamiento de modo adecuado para su correcto funcionamiento y ajustado a las instalaciones disponibles.

- En el caso de que sea necesario, para la realización de las pruebas, la adecuación de las instalaciones para su correcto funcionamiento, el adjudicatario deberá hacerse cargo de dicha adecuación.

- Programa de control de calidad internacional para el estudio comparativo interlaboratorios vía Internet, utilizando los resultados de los propios controles diarios

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración en equipo, incluyendo personal técnico de laboratorio, diplomados de enfermería y personal facultativo, ha permitido la elaboración de un pliego de especificaciones que se adecua de modo más satisfactorio para conseguir una trazabilidad del trabajo realizado, un flujo de trabajo acordes a los requerimientos y necesidades del laboratorio de Hematología

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/349 ===== ***

Nº de registro: 0349

Título
RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
ROMERO QUEZADA LORIS LENDY, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, YUS CEBRIAN MARIA FLOR, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0349

1. TÍTULO

RENOVACION DE LOS AUTOANALIZADORES Y REACTIVOS DE HEMATIMETRIA PARA LA REALIZACION DE LOS HEMOGRAMAS DE LOS PACIENTES DEL SECTOR DE BARBASTRO (SEGUIMIENTO PROYECTO 2018_0349)

PERELLA ARNAL MATILDE INES, QUINTILLA BARBAJI MARIA JOSE, ROMERO ARPA MILAGROS, OLIVA ARMISEN JOAQUIN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Toda la patología que precise realización de hemograma
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los autoanalizadores de Hematimetría del Hospital de Barbastro se instalaron hace 5 años. Durante el último año han precisado intervención por parte del Servicio Técnico con una frecuencia media de 3 veces al mes. Pese a que el Servicio Técnico acude ante cualquier requerimiento de avería existe el riesgo, como ha ocurrido de modo excepcional, de avería simultánea de los autoanalizadores disponibles. Existen actualmente versiones de autoanalizadores que aportan mayor información sobre patología hematológica y no hematológica.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar el equipamiento y los reactivos para realización de los hemogramas de todo el sector de Barbastro. Mejorar la calidad de la información aportada por el autoanalizador para la valoración de anemias, detección de procesos hematológicos y no hematológicos. Reducir el coste económico para la realización de dicha determinación.

MÉTODO

Se elaborará el pliego de especificaciones que deben cumplir las casas comerciales que opten al suministro de los autoanalizadores y reactivos.
Publicar las especificaciones requeridas.
Estudio de las características técnicas y su adaptación a las necesidades de nuestro Sector.
Realización del informe técnico.
Realización de cursos de formación de facultativos, técnicos y personal de enfermería del Laboratorio.
Implantación de los nuevos autoanalizadores.
Conexión al sistema Informático del Laboratorio.

INDICADORES

Porcentaje de reducción del número hemogramas que precisan repetición por errores de lectura.
Porcentaje de reducción de incidentes o averías que precisan asistencia técnica.
Reducción de costes por hemograma.

DURACIÓN

En el mes de mayo elaboración de las especificaciones técnicas
En junio comprobar las características de los autoanalizadores.
En julio-agosto elaborar un informe técnico con las conclusiones.
En octubre- noviembre implantación de los nuevos autoanalizadores y cursos de formación del personal.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE FLOR YUS CEBRIAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROMERO QUEZADA LORIS
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE
PERELLA ARNAL MATILDE INES
MAIRAL LACOMA BEATRIZ
CATENA LACOMA MARIA JOSE
MARTINEZ LAZARO BEATRIZ
MOLES ALASTRUE JOSEFA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La transfusión de concentrados de hematíes es una práctica clínica habitual, con un indiscutible beneficio, pero sin embargo es necesario que se efectúe de acuerdo con unas indicaciones ya que no está exenta de riesgos (errores, reacciones transfusionales, sensibilizaciones, transmisión de enfermedades). Es necesario considerar en cada caso los riesgos y beneficencias de la transfusión. Así mismo, es un recurso limitado, pues procede de donantes altruistas, por lo que no debería utilizarse en los pacientes que realmente lo precisen. Para la elaboración de la guía de transfusión ha sido necesario revisar la evidencia científica disponible sobre la transfusión de hemoderivados, lo cual nos ha llevado desde marzo a junio de 2019.

Tras la lectura de la bibliografía disponible, el servicio de hematología ha valorado las necesidades de nuestro hospital y las peticiones que recibimos en nuestro servicio de Transfusión, concluyendo que es necesario instaurar unas recomendaciones para regular las indicaciones de la transfusión. Esas indicaciones se han sistematizado a través de charlas hospitalarias, y en las sesiones de la comisión de transfusión de nuestro hospital, además se han elaborado unas recomendaciones disponibles para los facultativos, enfermeras y TEL de nuestro hospital. Desde junio a octubre de 2019

Se han sistematizado unas recomendaciones sobre la prescripción de la transfusión, así como de las características e indicaciones de los componentes sanguíneos (junio a octubre 2019):

QUÉ DEBEMOS PENSAR ANTES DE PRESCRIBIR UNA TRANSFUSIÓN?

- Las transfusiones deberían prescribirse únicamente cuando es necesario subsanar un déficit en el transporte de oxígeno, o cuando se produce una disminución cuantitativa (número) o cualitativa (función) de los componentes sanguíneos (celulares o proteínas del sistema de coagulación).
- Generalmente no debería prescribirse una transfusión sin realizar con anterioridad un hemograma o una hemostasia, para ser conocedores de cuáles son los déficit que deberían ser corregidos.
- En general no debería prescribirse una transfusión en estados de ferropenia, y más aún cuando se trata de una mujer en edad fértil.

SOLICITUD DE TRANSFUSIÓN.

La solicitud de la transfusión es una prescripción médica que debe contener toda la información necesaria para efectuar una adecuada práctica transfusional. En toda solicitud o instrucción, debe detallarse toda la información que permita:

- Identificación del receptor de la transfusión: Nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo y localización.
- Indicaciones de la transfusión: Motivo de la transfusión y diagnóstico.
- Componente requerido: qué producto se solicita y la cantidad, así como especificaciones (por ejemplo si es necesario que sea irradiado...)
- Es fundamental que se identifique el médico prescriptor con letra clara, no es suficiente solo con una firma.
- Fecha y hora de la solicitud, y el grado de urgencia con la que se requiere que se efectúe la transfusión.
- Antecedentes del paciente: es necesario determinar si el paciente ha sido transfundido con anterioridad, su historia obstétrica, si tiene anticuerpos conocidos o si ha presentado algún evento adverso con anterioridad.
- Se recomienda que detallen los parámetros hematológicos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS COMPONENTES SANGUÍNEOS E INDICACIONES DE LA TRANSFUSIÓN EN ADULTOS.

CONCENTRADOS DE HEMATÍES

CARACTERÍSTICAS:

- Plasma de los 450 ml de la unidad de sangre total (ST).
- Todas las unidades se someten a un proceso de desleucotización antes de almacenarse.
- Se conservan a 2-6°C unos 35 días.
- Su volumen es de unos 300-350 ml.
- Cada unidad debería elevar la hemoglobina del paciente en 1gr/dl

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

INDICACIONES:

Su efecto terapéutico es elevar transitoriamente la capacidad de transporte de oxígeno en la sangre en los pacientes con anemia.

Siempre debe investigarse la etiología de la anemia, y la transfusión deberían RESTRINGIRSE a las etiologías que carecen de un tratamiento alternativo (corticoides, hierro, ácido fólico, vitamina B12...), o a pacientes en los que la anemia produzca o pueda ocasionar signos/síntomas de hipoxia tisular.

Como norma general se transfundirá la dosis mínima para conseguir el efecto deseado. Debe evitarse la costumbre de transfundir concentrados de hematíes (CH) en dosis pares.

Anemia hemorrágica aguda:

- Resulta fundamental la corrección rápida del volumen sanguíneo con soluciones coloides o cristaloides.
- La indicación de la transfusión estará indicada cuando se haya producido una pérdida del volumen circulante mayor al 50% (>2000 ml en un adulto).
- En general cuando las cifras de hemoglobina sean inferiores a 7-8 gr/dl en un adulto, aunque en los pacientes con peor tolerancia a la anemia (ancianos, cardiópatas...), deberían procurarse niveles de hemoglobina superiores.

Anemia crónica:

- Sólo debería transfundirse cuando la anemia es sintomática o es refractaria al tratamiento etiológico.
- Pacientes asintomáticos: Si no factores de riesgo, debería evitarse la transfusión si hemoglobina > 7-9 g/dl.
- Pacientes sintomáticos: Generalmente no indicada si hemoglobina > 8 g/dl.

Pacientes con factores de riesgo cardiovascular (++enfermedad coronaria): los niveles de hemoglobina son más altos, de 9 gr/dl.

CONCENTRADOS DE PLAQUETAS

CARACTERÍSTICAS

- Se obtiene tras el fraccionamiento de una unidad de ST, o a través de la aféresis de un único donante. Lo más frecuente es su obtención constituyendo pools de 4-7 donantes.
- Las unidades son sometidas a un proceso de desleucotización antes de almacenarse.
- Se conservan a 22° en agitación continua, durante 5 días.
- El volumen del concentrado es de 300-350 ml.
- La transfusión de un concentrado de plaquetas debería aumentar la cifra de plaquetas en torno a 25-40 x 109/L.

INDICACIONES

Transfusión PROFILÁCTICA de plaquetas:

• Pacientes estables con trombocitopenia aguda de origen central:
Se recomienda realizar transfusión profiláctica de plaquetas con cifras < 10 x 109/L.

• Pacientes estables con trombocitopenia crónica de origen central:
Se sugiere efectuar transfusión profiláctica de plaquetas si se presentan cifras < 5 x 109/L.

• Pacientes NO estables con trombocitopenia central aguda o crónica:
(No estables = fiebre, signos de hemorragia, infección, alteraciones en la coagulación...). Valorar la transfusión profiláctica de plaquetas con cifras < 20 x109/l.

Transfusión PROFILÁCTICA de plaquetas en pacientes que van a ser sometidos a procedimientos invasivos o cirugías:

Cirugías y/o procedimientos invasivos MAYORES:

- Realizar transfusión profiláctica de plaquetas para mantener una cifra de plaquetas > 50 x 109/l.
- Transfusión profiláctica para lograr cifra de plaquetas > 80 x109/l en pacientes sometidos a procedimientos que conllevan un riesgo elevado de hemorragia en el SNC o en el globo ocular.

Cirugías y/o procedimientos invasivos MENORES:

- Realizar transfusión de plaquetas para lograr una cifra > 20 x 109/L.

Transfusión PROFILÁCTICA de plaquetas en pacientes con trombocitopenia PERIFÉRICA :

- Evitar la transfusión de plaquetas (PTI, PTT, SHU).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Transfusión TERAPÉUTICA de plaquetas:
En hemorragia y el recuento plaquetario es inferior a 50 x 10⁹/l, en ausencia de otras alteraciones funcionales.

PLASMA FRESCO CONGELADO:

CARACTERÍSTICAS

- Se obtiene tras el fraccionamiento de una unidad de ST o a través de la aféresis en un único paciente.
- Se somete a procesos de inactivación viral: fotoinactivación con azul de metileno o tratamiento con solvente detergente. Puede ser sometido a "cuarentena" hasta la siguiente donación de ese mismo donante.
- Los volúmenes tras el fraccionamiento suelen ser de unos 250 ml, y si procede de aféresis de 600ml.
- Las dosis habituales son de 10-15 ml/Kg, y han de infundirse en unos 60-90 minutos.

INDICACIONES

- Tratamiento de anemias hemolíticas microangiopáticas: Púrpura trombocitopénica trombótica (PTT), Síndrome hemolítico urémico (SHU), síndrome de HELLP.
- Manejo de hemorragias graves, o hemorragias masivas (perdida de un volumen sanguíneo en 24 horas).
- Preparación para procedimientos invasivos y/o cirugías en pacientes que se encuentran en tratamiento con anticoagulantes orales, o en individuos que presentan defectos de los factores de la coagulación vitamina K dependientes, que no pueden esperar al efecto de la vitamina K o no responden de forma adecuada a la misma.
- Exanguinotransfusión en recién nacidos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Objetivo 1: Tras la realización de las recomendaciones de transfusión (charlas, guía de recomendaciones...) consideramos que de forma paulatina las indicaciones de transfusión se van unificando dentro del marco de las indicaciones establecidas por las guías de consenso disponibles. Sin embargo, por el momento, todavía es necesario efectuar una labor de vigilancia de las peticiones que llegan a nuestro servicio, y realizar en algunos si es necesario una labor de asesoramiento a los facultativos.

Objetivo 2: Reducción de la incidencia de las reacciones transfusionales, motivadas en ocasiones por una inadecuada prescripción de los componentes sanguíneos. Tras conseguir una adecuada prescripción del uso de hemoderivados, conseguiremos reducir parte de las reacciones transfusionales motivadas por una inadecuada prescripción.

Objetivo 3: Consideramos que tras la realización de las charlas de reacciones adversas de la transfusión y como notificarlas, hemos logrado que los facultativos efectúen las notificaciones de forma adecuada.

Objetivo 4: Se requiere todavía una mayor difusión de las recomendaciones, para que el personal facultativo cuente con las recomendaciones del servicio de Hematología como una herramienta habitual en su práctica clínica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Comprendemos que es una necesidad seguir una guía de recomendaciones de la transfusión de hemoderivados en nuestro hospital debido a la frecuente transfusión de hematíes/ plaquetas o plasma de forma inadecuada.
- Consideramos que los hemoderivados es un recurso finito que procede de donantes altruistas, y que debe ser utilizado de forma adecuada.
- Consideramos que algunas reacciones transfusionales en relación a una transfusión de componentes de forma inadecuada podrían evitarse.
- Creemos que es necesario continuar en la promoción de las recomendaciones de las indicaciones de la transfusión en nuestro hospital para lograr los objetivos del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/79 ===== ***

Nº de registro: 0079

Título
CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
YUS CEBRIAN FLOR, ROMERO QUEZADA LORIS, PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, MAIRAL LACOMA BEATRIZ, CATENA LACOMA MARIA JOSE, MARTINEZ LAZARO BEATRIZ, MOLES ALASTRUE JOSEFA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0079

1. TÍTULO

CREACION DE UNA GUIA DE TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías que precisen transfusión de hemoderivados
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

- La transfusión de hemoderivados es frecuente en la práctica clínica habitual, siendo indiscutible su beneficio.
-A pesar del alto nivel de seguridad logrado con innovaciones técnicas incorporadas en casa fase de la cadena transfusional, no está exenta de riesgos (errores, reacciones transfusionales, sensibilizaciones, transmisión de enfermedades...). Es necesario considerar en cada caso los riesgos/beneficios de la transfusión.
- Los hemoderivados son bien escasos, y la práctica transfusional puede llegar a ser problemática ya que no existe un verdadero consenso acerca de sus indicaciones y éstas pueden variar en función de la condición clínica del paciente.
-Se ha demostrado que el empleo de guías de transfusión favorece un uso óptimo de la misma, disminuyendo el número de unidades transfundidas de forma innecesaria y mejorando la atención al paciente.

RESULTADOS ESPERADOS

- Unificar la práctica transfusional en los distintos servicios del hospital.
- Seleccionar el componente más adecuado.
- Evitar transfusiones innecesarias.
- Mejorar el manejo de las reacciones adversas transfusionales (agudas y tardías).
- Aumentar la tasa de notificación estandarizada de las reacciones transfusionales.
- Convertir esta guía en una herramienta habitual en la práctica clínica diaria.

MÉTODO

- Elaboración de una guía basada en la evidencia científica disponible sobre la transfusión de hemoderivados.
- Presentación de la guía a nivel hospitalario.

INDICADORES

- Evaluar la adecuación de la práctica transfusional a la guía de indicaciones realizada: nº hemoderivados transfundidos según la guía/nº de hemoderivados totales.
- Determinar las reacciones adversas notificadas, y valorar si su manejo ha sido el más adecuado.

DURACIÓN

2 meses: Revisión de la bibliografía disponible y elaborar un borrador del documento.
1 mes: presentación y revisión del borrador a la comisión de transfusión.
1 mes: elaboración de la versión definitiva del documento.
1 mes: Publicación de la Guía en la Intranet del Hospital de Barbastro.

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 - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE PEDRO JOSE PAUL VIDALLER
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. HEMATOLOGIA Y HEMOTERAPIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PERELLA ARNAL MATILDE INES
YUS CEBRIAN FLOR
ROMERO QUEZADA LORIS
CORTINA LACAMBRA MARIA RAQUEL
COMPS ALMUNIA DANAE
PIEDRAFITA BARRIO LETICIA
LALUEZA ESCARIO JOSEFINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Revisión de todas las interconsultas virtuales realizadas desde Atención Primaria a Hematología en el año 2018.
- Clasificación de dichas interconsultas virtuales en función del motivo de consulta.
- Establecimiento y reconocimiento de los motivos de consulta más frecuentes por los que se solicita interconsulta virtual.
- Realización de recomendaciones breves para el manejo de las situaciones más frecuentes que generan interconsultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 se han realizado un total de 447 interconsultas virtuales desde Atención Primaria al Servicio de Hematología.

Dichas interconsultas se han repartido de la siguiente manera:

- Pautas suspensión de Sintrom de cara a IQ: 55
- Inicios de Sintrom: 31
- Leucopenia/neutropenia: 30
- Trombopenia: 29
- Anemia ferropénica sin origen claro: 25
- Otras dudas de coagulación: 21
- Anemia microcítica a estudio: 20
- Gammapatía monoclonal: 20
- Hiperferritinemia: 18
- Dudas manejo anticoagulación: 16
- Solicitar estudio de trombofilia: 15
- Otras anemias no especificadas: 15
- Dudas tratamiento quimioterápico/patología hematológica ya conocida: 14
- Poliglobulia: 14
- Linfocitosis: 14
- Trombocitosis: 12
- Otras alteraciones proteinograma: 11
- Alteraciones en el porcentaje poblaciones leucocitos: 11
- Leucocitosis con neutrofilia: 10
- Diagnóstico de trombofilia: 9
- Anemia normocítica: 9
- Anemia ferropénica de origen ginecológico: 7
- Bicitopenia/pancitopenia: 7
- Otras patologías, no hematológicas: 8
- Signos hemorrágicos espontáneos: 6
- Reinicios de Sintrom: 6
- Adenopatías/esplenomegalia: 3
- Linfopenia: 3
- Inmunodeficiencias: 3
- Anemia ferropénica de origen digestivo: 2
- Dudas ACODs: 2
- TTPA alargado: 1

Como se puede comprobar, 92 de las consultas (20,6%) son motivadas por el tratamiento anticoagulante oral con Sintrom. Dichas consultas tienen una vía específica de manejo, por lo que para ser atendidas a tiempo no deberían ser realizadas por interconsulta virtual. A ellas se les pueden sumar 16 más (3,6%), que son dudas sobre el manejo de la anticoagulación, y se podrían haber resuelto en su mayor parte a través del programa informático de control del tratamiento anticoagulante.

Otro grupo importante de patologías son las anemias ferropénicas, con un total de 34 consultas (7,6 %). Conviene aclarar en este punto que las anemias ferropénicas no son patología propiamente hematológica, sino que son debidas a una pérdida hemática o a déficit de absorción. Así, las anemias ferropénicas deberían ser tratadas y estudiadas o bien en Atención Primaria o bien deberían ser remitidas al especialista que

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

correspondiera en función de la sospecha etiológica (Ginecología en mujeres jóvenes, Digestivo o Medicina Interna en el resto de pacientes).

Merece también la pena destacar que 15 pacientes (3,4%) son derivados a nuestra consulta para solicitar estudios de trombofilia, mientras que 9 (2%) son remitidos para valorar estudios de trombofilia solicitados por otros facultativos. Dado que en nuestro sector sanitario la enfermedad tromboembólica no es controlada por el servicio de Hematología, los estudios de trombofilia deberían ser solicitados por el médico que valorara al paciente (Cirugía Vascular, Medicina Interna, etc...) y debería ser ese mismo facultativo quien interpretara los resultados, por lo que no deberían ser remitidos por este motivo al Servicio de Hematología en la mayor parte de las ocasiones.

Por último, se han solicitado, probablemente por error, 8 interconsultas (1,8%) de patologías no hematológicas. Así, probablemente 176 interconsultas (39,4% del total) no deberían haber sido realizadas al servicio de Hematología o se deberían haber realizado por otra vía (fundamentalmente, las interconsultas realizadas por el tratamiento con Sintrom).

De entre el resto de interconsultas se han seleccionado los diez motivos de consulta de mayor volumen, mayor facilidad de resolución o en los que resulta más sencillo realizar un cribado inicial. Junto a ellos se explican, de manera somera, una serie de consideraciones o estudios iniciales que deberían ser realizados en todos los pacientes con dicho motivo de consulta.

NOTA: podría ser interesante realizar un pequeño folleto (tríptico, etc...) con las siguientes recomendaciones de manera más esquemática para su facilidad de manejo en el día a día.

Así, los motivos de consulta son los siguientes:

- Leucopenia/neutropenia (30 interconsultas, 6,7%): la leucopenia y la neutropenia son hallazgos muy frecuentes en las analíticas de rutina, estimándose en más de un 1% de la población. Habitualmente la leucopenia es debida al descenso de la población leucocitaria más abundante, los neutrófilos, por lo que en muchas ocasiones neutropenia y leucopenia se solapan. Una leucopenia aislada, leve y con cifras de neutrófilos normales habitualmente no requiere ningún estudio adicional.

Con respecto a la neutropenia, se considera leve cuando los neutrófilos están entre 1 y 1,5 x 10⁹/L, siendo moderada entre 0,5 y 1 x 10⁹/L y grave cuando es < 0,5 x 10⁹/L.

Las causas más frecuentes de neutropenia adquirida son los procesos infecciosos y los fármacos (con especial importancia el Nolotil). Manejo: en caso de neutropenias leves (> 1 x 10⁹/L) sin otras alteraciones se recomienda repetir hemograma en un periodo de 1 - 2 meses. Si se atribuye la neutropenia a un fármaco, lo primero es suspender dicha medicación y repetir determinación en 1 - 2 semanas. Descartadas esas causas, conviene realizar estudio analítico básico (B12, fólico, enzimas hepáticas, serologías VHB, VHC, VIH...). En caso de no hallarse causa derivar a Hematología para completar estudio. Derivar a Urgencias de inmediato si: neutropenia grave (< 0,5 x 10⁹/L) o moderada (0,5 - 1 x 10⁹/L) y fiebre o clínica infecciosa.

Cabe destacar que en los pacientes de raza negra las cifras de leucocitos y neutrófilos son algo inferiores a los pacientes caucásicos, por lo que cifras de neutrófilos disminuidas, pero > 1 x 10⁹/L no requieren estudio ninguno en ausencia de otros hallazgos o clínica infecciosa de repetición.

- Trombopenias (29 interconsultas, 6,5%): sólo se consideran relevantes las trombopenias < 100 x 10⁹/L. Las infecciones son también una de las causas más frecuentes de trombopenia, con cifras generalmente superiores a 50 x 10⁹/L. Es frecuente la pseudotrombopenia por EDTA, en que se forman agregados de plaquetas "in vitro", por lo que el autoanalizador indica una cifra de plaquetas muy inferior a la real (habitualmente se suele indicar este hallazgo por parte de hematología, siendo una trombopenia falsa que no requiere ningún estudio adicional).

Ante el hallazgo casual de una trombopenia aislada (> 50 x 10⁹/L) es conveniente repetir la determinación en 2 - 3 semanas. En caso de trombopenia persistente, se recomienda un estudio analítico básico (frotis de sangre periférica, B12, fólico, serologías VHB, VHC y VIH, enzimas hepáticas) y descartar que dicha trombopenia sea secundaria a fármacos. Solicitar interconsulta a Hematología si no se encuentra causa con dicho estudio o si la trombopenia se acompaña de otras citopenias, sin causa (puede tratarse de citopenias frecuentes en pacientes cirróticos, tratamientos inmunosupresores, etc...). Derivar a Urgencias si trombopenia < 30 x 10⁹/L sin causa clara o si existe hemorragia y las plaquetas son < 50 x 10⁹/L.

- Anemia microcítica a estudio (20 interconsultas, 4,4%): la mayor parte de las anemias microcíticas son debidas a ferropenia o a talasemias. El estudio básico inicial debe incluir un metabolismo del hierro completo (hierro, transferrina, %sat transferrina y ferritina), ya que una ferritina normal no descarta ferropenia al tratarse de un reactante de fase aguda. En caso de hallarse ferropenia debe administrarse hierro y realizarse estudio etiológico. Si se descarta ferropenia puede tratarse de una talasemia: si la cifra de hemoglobina es normal o prácticamente normal (> 11 g/dL) en todas las determinaciones realizadas al paciente, con microcitosis marcada (VCM < 70 -75 fL) es muy probable que se trate de una talasemia menor y no requiere más estudio. Derivar a Hematología si no se trata de una anemia ferropénica y la cifra de hemoglobina es inferior a 10,5 - 11g/dL, disminuye progresivamente o se acompaña de otras citopenias. Derivar a Urgencias: las anemias ferropénicas no deberían ser transfundidas a menos que se trate de pacientes cardiopatas con clínica o bien el paciente presente inestabilidad hemodinámica, por lo que en raras ocasiones habría que derivar al paciente a Urgencias (a valorar remitirlo para administración de Fe IV o bien para que ingrese para estudio).

- Alteraciones en el proteinograma (31 interconsultas, 6,9%): conviene diferenciar entre una banda monoclonal (producida por células plasmáticas clonales, y que traduce patología hematológica) y un aumento policlonal de las globulinas. Este último es un hallazgo frecuente en pacientes con hepatopatía o procesos infecciosos, y no requiere valoración por el Servicio de Hematología. En caso de hallar una banda monoclonal convendría realizar interconsulta a Hematología, siendo de utilidad completar la analítica inicial con hemograma, función renal, albúmina y calcio. Derivar a Urgencias: no suele ser necesario derivar a un paciente a Urgencias por el hallazgo único de un componente monoclonal en el proteinograma, salvo que este se acompañe de anemia grave (< 8 g/dL), insuficiencia renal aguda o hipercalcemia.

- Hiperferritinemia (18 interconsultas, 4%): la hiperferritinemia es un hallazgo analítico muy frecuente, dado que la ferritina actúa como reactante de fase aguda. Por dicho motivo, la determinación de ferritina

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

aislada carece de cualquier valor, debiendo solicitarse siempre un metabolismo del hierro completo (hierro, transferrina, %sat transferrina y ferritina). En nuestro medio son frecuentes las cifras elevadas de ferritina en contexto de enolismo y síndrome dismetabólico. Ante el hallazgo de hiperferritinemia conviene hacer un estudio analítico básico (metabolismo del hierro completo, enzimas hepáticas, función tiroidea, glucemia, colesterol, triglicéridos...) y una adecuada historia clínica (consumo de alcohol, sobrepeso, etc...). En caso de que no se encuentre causa y la ferritina sea superior a 200 µg/L (mujeres) o 300 µg/L (varones) con saturación de transferrina > 45% en al menos dos ocasiones, convendría realizar interconsulta a Hematología para ampliar estudio. Derivar a Urgencias: no suele ser necesario derivar a un paciente a Urgencias por el hallazgo de hiperferritinemia.

- Otras anemias no especificadas (15 interconsultas, 3,4%): un estudio básico de anemia, además de una historia clínica detallada, debería incluir:
 - o Anemia microcítica: metabolismo del hierro completo (hierro, transferrina, saturación de transferrina, ferritina), reticulocitos.
 - o Anemia macrocítica: B12, fólico, LDH, reticulocitos. Descartar enolismo o hepatopatía.
 - o Anemia normocítica o anemia no diagnosticada con los estudios previos: además del metabolismo del hierro completo, B12, fólico y reticulocitos habría que estudiar Coombs directo, bilirrubina, LDH y proteinograma. En la mayor parte de los casos obtendremos la etiología con estos estudios; en caso contrario habría que valorar interconsulta a Hematología. Derivar a Urgencias si anemia grave (<8 g/dL) sin causa clara o secundaria a hemorragias.
- Poliglobulia (14 interconsultas, 3,1%): el hallazgo de poliglobulia es, en la mayor parte de las ocasiones, secundario a otras patologías, como el tabaquismo, el síndrome de apnea-hipopnea del sueño, otras patologías pulmonares o renales (estenosis arterial renal, riñón poliúístico, hidronefrosis). El estudio inicial de una poliglobulia debe realizarse cuando se obtengan, en al menos dos analíticas, cifras de Hb > 16,5 g/dL o HCT > 52% en varón y 48% en mujer. Si con la historia clínica y el estudio básico (Rx tórax, eco abdominal, gasometría arterial) no se objetiva causa, valorar interconsulta a Hematología para continuar estudio.
- Linfocitosis (14 interconsultas, 3,1%): se considera linfocitosis al aumento de los linfocitos > 4 x 10⁹/L; siendo este un hallazgo muy frecuente en infecciones virales (sobre todo VEB y CMV), infecciones bacterianas crónicas (TBC, brucelosis...), enfermedades autoinmunes, sarcoidosis, fármacos... Ante un hallazgo de linfocitosis conviene siempre contextualizar: si el paciente presenta clínica infecciosa probablemente se trate de una infección viral y únicamente requiera repetir hemograma en 2-3 meses. Si linfocitosis > 5 x 10⁹/L en más de una determinación, sin causa aparente, conviene realizar interconsulta a Hematología para ampliar estudio (en muchas ocasiones desde el propio servicio de Hematología ante tal hallazgo ya se ha realizado un frotis de sangre periférica indicando actitud a seguir). Derivar a Urgencias: no suele ser necesario remitir a un paciente a Urgencias ante el único hallazgo de linfocitosis.
- Trombocitosis (12 interconsultas, 2,7%): la trombocitosis es un hallazgo frecuente siendo, en la mayor parte de las ocasiones, reactiva. La etiología más frecuente son los procesos infecciosos, inflamatorios y la anemia ferropénica; así como el antecedente de esplenectomía. Ante el hallazgo de una trombocitosis (> 450 x 10⁹/L) en varias determinaciones y una vez descartadas las causas más frecuentes, valorar remitir interconsulta a Hematología. Derivar a Urgencias: no suele ser necesario remitir a un paciente a Urgencias ante el único hallazgo de linfocitosis.
- Alteraciones en el porcentaje de las poblaciones de leucocitos (11 interconsultas, 2,5%): dentro de las poblaciones de leucocitos, habitualmente el mayor % lo representan los neutrófilos, seguidos de los linfocitos. No obstante, es muy frecuente la inversión de estas poblaciones (procesos infecciosos, fármacos...), incluso es constitucional en algunas personas. Se recomienda valorar siempre la cifra absoluta de las poblaciones leucocitarias; en caso de que estas sean normales habitualmente no requiere más estudio. Solicitar interconsulta a Hematología si, además de una alteración en el % de las poblaciones existe también algún hallazgo relevante en la cifra absoluta (neutropenia, linfocitosis, etc...).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- De las 447 interconsultas realizadas desde Atención Primaria a Hematología en el año 2018, 176 (39,4%) deberían haberse realizado por otra vía (por referirse al tratamiento con Sintrom) o hubiera sido más recomendable realizarlas a otros servicios (por ejemplo, las anemias ferropénicas).
- Del resto de interconsultas hemos podido seleccionar 10 grupos que representan un 43,4% del total (194 interconsultas) y que mediante una serie de recomendaciones sencillas podrían ser resueltas en Atención Primaria, o bien el estudio podría iniciarse o adelantarse desde Atención Primaria, estableciéndose unos criterios algo más unificados de derivación a Hematología.
- El estudio de posibles patologías hematológicas resulta, en muchas ocasiones, complejo y con poca estandarización. Mediante la elaboración de estas recomendaciones se puede facilitar la labor al médico de Atención Primaria, reducir la sobrecarga de las consultas de Hematología y, finalmente, se realiza el estudio de patologías hematológicas de manera más eficiente y rápida.

7. OBSERVACIONES.

- La lista de recomendaciones de las patologías más frecuentes podría ser editada en formato "tríptico" o "de bolsillo", de manera más visual, para su consulta en el día a día.
- Podría resultar interesante la exposición de estas recomendaciones, de manera presencial, en los Centros de Salud de nuestro sector sanitario, de cara a una comunicación bidireccional más efectiva, consulta de casos y posible ampliación a otras patologías que susciten dudas en la práctica habitual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

*** ===== Resumen del proyecto 2019/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título
OPTIMIZACION Y UNIFICACION DE CRITERIOS PARA LA DERIVACION DE PACIENTES DE ATENCION PRIMARIA A HEMATOLOGIA

Autores:
PAUL VIDALLER PEDRO JOSE, PERELLA ARNAL MATILDE INES, YUS CEBRIAN FLOR, ROMERO QUEZADA LORIS, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, COMPS ALMUNIA DANAE, PIEDRAFITA BARRIO LETICIA, LALUEZA ESCARIO JOSEFINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Desde hace algo más de un año, se ha implantado la interconsulta virtual para la valoración y derivación de pacientes de Atención Primaria al servicio de Hematología. Se ha constatado un aumento un aumento de solicitudes de valoración por Hematología con respecto al número de solicitudes previas a la implantación de la interconsulta virtual. En el año 2018 han sido realizadas por nuestro servicio más de 400 interconsultas virtuales, de las cuales un número importante no correspondía a patología hematológica o no tenían un estudio básico previo a la derivación. Muchas de ellas, por otro lado, no precisan estudio al tratarse de hallazgos analíticos sin relevancia clínica y que, en muchas ocasiones, presentan resolución espontánea. En el momento actual, no existen criterios estandarizados de derivación de pacientes de Atención Primaria al Servicio de Hematología. Dada la sobrecarga de trabajo en el Servicio de Hematología, una disminución en el número de interconsultas virtuales y una optimización de los pacientes que se derivaran finalmente a la consulta presencial supondrían una mejora para el Servicio de Hematología, Atención Primaria y un aumento de la calidad de la atención a los pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer qué patologías, de las derivadas habitualmente a Hematología, no son subsidiarias de ser valoradas por nuestro servicio.
- Valorar qué patologías son las más frecuentemente derivadas, y establecer unos criterios de estudio inicial básico antes de su derivación.
- Disminuir el número de interconsultas virtuales y optimizar las que se realicen, con la intención de que cuando el paciente sea valorado en consulta presencial tenga ya parte del estudio realizado.

MÉTODO

- Se revisarán las interconsultas virtuales realizadas en el año 2018, valorando cuáles de ellas son las más frecuentes.
- Se analizarán qué patologías, no correspondientes al Servicio de Hematología, son enviadas a nuestro servicio, realizándose un pequeño informe para su remisión a los Centros de Salud.
- Recomendaciones básicas para el estudio inicial de aquellos hallazgos analíticos, sin o con poca relevancia clínica, antes de ser derivados para interconsulta virtual (por ejemplo, trombopenias leves).
- Realización de unas recomendaciones básicas para el estudio de aquellas patologías derivadas con más frecuencia y que, posteriormente, serán valoradas en nuestras consultas, para adelantar el estudio antes de su consulta presencial.

INDICADORES

- Reducción en el número de interconsultas virtuales: (nº IV 2019 - nº IV 2018)/nº IV 2018
- Reducción en el porcentaje de derivación de patologías no hematológicas: (nº patologías no hematológicas 2019/ nº interconsultas totales 2019) - (nº patologías no hematológicas 2018/nº interconsultas totales 2018)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0333

1. TÍTULO

OPTIMIZACIÓN Y UNIFICACIÓN DE CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN DE PACIENTES DE ATENCIÓN PRIMARIA A HEMATOLOGÍA

DURACIÓN

- 3 meses: evaluación y tipificación de las patologías derivadas con más frecuencia.
- 3 meses: interpretación de los datos obtenidos y realización de las recomendaciones.
- 1 mes: comunicación a Atención Primaria de los resultados obtenidos e inicio de la implantación de las recomendaciones.
- 5 meses: evaluación de los resultados.

OBSERVACIONES

Rogamos se nos informe de si el proyecto está aprobado o no, de cara a realizarlo en el plazo indicado más arriba.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

Fecha de entrada: 24/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ANGLES BARBASTRO ROSANA
SIERRA CALLAU MODESTO
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
ROMERO MARCO DIONISIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante los 2017 y 2018 del proyecto se han realizado las actividades para el desarrollo de la plataforma tecnológica para la provisión de cuidados integrados sociales y sanitarios mediante a mediante hospitalización a domicilio, a pacientes crónicos en fases de reagudización. A su vez se han implementado los dispositivos tecnológicos a utilizar. Una vez concluida la plataforma de desarrollo, se han realizado las pruebas y se ha puesto en marcha el pilotaje en entorno real.

Concretamente se han realizado las tareas:

- Definición e implementación del entorno colaborativo para crear planes de cuidados, para su puesta en marcha y seguimiento.
- El sistema de tele-monitorización de variables clínicas mediante sensorización pasiva
- Los sistemas de ayuda a la decisión para la gestión de alarmas relativas a la monitorización de variables clínicas, la propuesta de modificación del plan fármaco terapéutico en función de criterios start/stop para pacientes poli medicados y la propuesta adaptación de los planes de cuidados según perfil clínico del paciente.
- Los sistemas de gamificación orientados a conseguir un paciente activo en cuanto a su perfil patológico y a observar buenas prácticas en su nuevo rol.
- Integración del colaborative environment con el sistema de receta del SALUD, sistemas de videoconferencia y de mensajería instantánea SMS y LDAP.
- Implementación y pruebas de los dispositivos de captura de señales biométricas, sensores y wearables.
- Definición de las características de la prueba de concepto y del piloto necesario para la evaluación de la plataforma que se van a bordar en la segunda anualidad.
- Pruebas de concepto
- Preparación e instalación del entorno tecnológico para la puesta en marcha de los servicios POLYCARE (maquinas, servidores, bases de datos, accesos, etc..)
- Instalación y configuración de la tecnología
- Identificación de profesionales involucrados
- Puesta en marcha del Call center para la gestión de alarmas
- Identificación de pacientes y provisión de servicios de cuidados integrados en la Unidad de Crónico

Complejo

- Recogida de datos y experiencias para la evaluación
- Evaluación de resultados en términos de impacto en distintos dominios, calidad de vida, empoderamiento de paciente, económico, colaboración entre actores, etc.. siguiendo una metodología de evaluación reconocida en el ámbito de evaluación de cuidados integrados usando TICs.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado una validación de la tecnología desarrollada en 3 pruebas de concepto en 3 regiones europeas, siendo una de ellas el Servicio Aragonés de Salud en el sector sanitario Barbastro. Se han incluido 27 pacientes que han validado la solución POLYCARE en la Unidad de Crónico Complejo del Hospital de Barbastro, durante su estancia en el hospital, permitiendo una recogida de datos y validación de la solución desarrollada. Se ha realizado una colaboración con el Departamento de Servicios Sociales de Base de la Comarca del Somontano, así como una colaboración con la Residencia de Ancianos "Las Huertas" de Barbastro, dentro del ámbito del proyecto europeo Polycare.

El proyecto ha permitido la colaboración con interesantes socios europeos, como el Instituto Fraunhofer de Bonn, aunando experiencias y permitiendo la compartición de conocimiento y la diseminación de resultados a un nivel internacional, así como la participación en múltiples eventos nacionales y europeos.

Con esta solución validada, el SALUD y el sector sanitario de Barbastro sigue con la línea de telemonitorización y provisión de cuidados integrados en distintos entornos a pacientes crónicos, (siguiendo la línea de varios proyectos anteriores con foco en telemonitorización, entornos domiciliarios y controlados como residencias, con colaboración de entorno social, en el ámbito preventivo, terapéutico, en domicilio y hospitalario, en aras de mejorar de la calidad prestada, centrada en el paciente, y buscando la sostenibilidad de los sistemas de bienestar y el empoderamiento de pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto buscaba diversos objetivos, siendo los principales la mejora de la calidad de vida en pacientes crónicos a través de la hospitalización en domicilio, la reducción del número de hospitalizaciones y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

desplazamientos a los hospitales, el empoderamiento de pacientes, la compartición de datos entre los distintos proveedores de cuidados y la promoción de los cuidados integrados. En la búsqueda de todos estos objetivos son claves varias cuestiones. En primer lugar, es necesaria una plataforma fuertemente validada y testeada antes de su puesta en marcha, así como la validación y uso de tecnología, dispositivos biomédicos y/o sensores y aplicaciones disponibles para paciente que se vayan a utilizar. Otra lección aprendida es que el empoderamiento de pacientes y la transferencia de competencias de bajo valor desde el sector sanitario al paciente es un reto en momentos de desestabilización aguda del paciente, con necesidad de hospitalización y con poco periodo de intervención. En estos casos, se consigue una transferencia y empoderamiento del tercer sector y cuidadores, en lugar del paciente. Así mismo, la integración de los nuevos sistemas de información con los ya existentes en el Servicio Aragonés de Salud es necesaria para garantizar el uso por parte de los profesionales sanitarios. El Servicio Aragonés de Salud continúa con la búsqueda de sistemas de provisión de cuidados integrados sostenibles en los distintos ámbitos de actuación para paciente crónicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1763 ===== ***

Nº de registro: 1763

Título
PROYECTO POLYCARE

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, EITO CUELLO JUAN JOSE, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, SIERRA CALLAU MODESTO, ROMERO MARCO DIONISIA, ANGLÉS BARBASTRO ROSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICO COMPLEJO
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
POLYCARE es un proyecto que pertenece al programa HORIZON2020 enmarcado en la convocatoria de "Personalización de salud y cuidados" y en concreto en la temática PHC-25-2015 "Sistemas TICS y servicios para la integración de cuidados".
El reto de POLYCARE es desarrollar y evaluar un modelo de cuidado integrado centrado en el paciente y con soporte en el uso de sistemas TIC y servicios avanzados que permitan la monitorización y el cuidado de pacientes crónicos en fases agudas en su domicilio.
Los dos objetivos principales del proyecto son mejorar la calidad de vida y del cuidado de estos pacientes y mejorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sociales.
En Polycare se va a evolucionar el protocolo de alta precoz desarrollado en el proyecto previo "Smartcare", prestando una "hospitalización a domicilio" controlada. No solo para pacientes con EPOC, sino también para pacientes con insuficiencia cardiaca. En este caso vamos a apoyarnos de Servicios Sociales de la Comarca del Somontano, que son socios del proyecto y pondrán personal dedicado.

Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, Contrato Programa 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

51
que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio.
Mientras buscamos una fecha después de las vacaciones para bajar al centro de salud y crear el grupo, podemos avanzar en dos cosas:
Revisar los criterios de inclusión para pacientes
Revisar los signos que pueden ser alerta y el protocolo de actuación del Call center
Siempre pensando que los pacientes serían pacientes en fases de exacerbación y en situación de hospitalización a domicilio.

RESULTADOS ESPERADOS
PILOTAJE DE CUIDADOS INTEGRADOS A PACIENTE CRONICO REAGUDIZADO EN SITUACION HOSPITALIZACION A DOMICILIO

MÉTODO
El consorcio del proyecto incluye empresas de desarrollo tecnológico y proveedores de servicios sociales y sanitarios. Las empresas de desarrollo van a adaptar, desarrollar y a evolucionar aplicaciones existentes con la colaboración de los proveedores de servicios. Estas aplicaciones pertenecen a los campos de SAD (Sistemas de Ayuda a la Decisión), Gamificación, Tele-Monitorización de constantes vitales y wearables.
El proyecto consiste en una prueba de concepto que se llevará a cabo Sector Sanitario de Barbastro. El reto del proyecto es realizar la prueba de concepto del servicio con las tecnologías desarrolladas por las empresas tecnológicas. Se realizarán tareas de definición de requisitos, de participación, criterios de inclusión, protocolo de trabajo con un equipo multidisciplinar, para pacientes con diversas patologías. Nos gustaría montar un equipo de trabajo para definir los casos de IC, al igual que lo hicimos en SmartCare con EPOC. Y también para revisar el protocolo de EPOC de Smartcare, que estaba pensando para cuidados de larga duración y adaptarlo a una hospitalización a domicilio. Posteriormente se desarrollará la prueba de concepto durante 18 meses, identificando usuarios, incluyéndolos en programa, definición del plan de cuidados integrado social y sanitario, y seguimiento de dicho plan de cuidados en situación de hospitalización a domicilio.

INDICADORES
Durante toda la fase de pruebas se recogerá información para acabar con una evaluación exhaustiva del impacto de la provisión de servicios de atención integrada en situación de hospitalización a domicilio con ayuda de las TICs en estos pacientes. Dicha evaluación seguirá una metodología que deberá diseñarse específicamente para la evaluación de la innovación tecnológica en el ámbito sanitario.

DURACIÓN
ENERO 2017- DICIEMBRE 2018

OBSERVACIONES
En etapas más avanzadas del proyecto se intentará incorporar la Rehabilitación específica para los pacientes con Insuficiencia Cardíaca.
La colaboración entre Atención Especializada, Atención Primaria, Urgencias y los Servicios Sociales es clave en este proyecto.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1763

1. TÍTULO

PROYECTO POLYCARE: " POLY-STAKEHOLDERS FOR INTEGRATED CARE FOR CHRONIC PATIENTS IN ACUTE PHASES – POLYCARE"

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0029

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE JUAN IGNACIO COLL CLAVERO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. INNOVACION Y NUEVAS TECNOLOGIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SIERRA CALLAU MODESTO
ANGLES BARBASTRO ROSANA
NAVARRO LAX DAVID
MOLES ARCOS BARBARA
MORA PARDINA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado tareas para adaptar la solución utilizada en el pilotaje del proyecto MASTERMIND (7°PM CIP - ICT PSP GA 621000) a una plataforma que pudiese utilizarse en el SALUD fuera de un contexto de pruebas y se ha elaborado un plan técnico que plantea el escenario del potencial despliegue a todo el SALUD.

Las tareas realizadas han sido acordes a las planificadas:

- Se ha evolucionado la herramienta para actualizar la versión del gestor de contenidos (OPIGNO-DRUPAL) a una versión reciente con las últimas actualizaciones de seguridad.
- Se ha adecuado la herramienta y los contenidos al nuevo contexto tras el proyecto, y se ha garantizado el cumplimiento del GDPR habilitando acceso de usuario genérico, eliminando de interacción individual por usuario y suprimiendo el registro individual de actividad.
- Se ha desarrollado el Plan Técnico de Despliegue. Basándose en los resultados y las lecciones aprendidas del proyecto piloto MASTERMIND, se ha definido un plan de despliegue con las acciones necesarias para la implantación de la herramienta a nivel regional. El plan incluye
 - La actualización de la herramienta con toda su funcionalidad (que permitiría el seguimiento individual del paciente) con la definición de perfiles de pacientes, profesionales y datos personales
 - La arquitectura técnica y los cambios organizativos que deberían acompañar al despliegue en todo el SALUD
 - La actualización técnica resultante del estudio del marco del Esquema Nacional de Seguridad y la política de Seguridad TIC del Gobierno de Aragón y la normativa vigente (se han incorporado medidas como el doble factor de autenticación para acceso a usuario)
- Se ha implementado la primera fase del plan técnico (modelo no guiado) y se ha ofertado a la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro y a la coordinación de la "Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria", que ha realizado formación sobre MASTERMIND a varios centros de atención primaria y lo ha incluido también en el curso de autoformación "Herramientas para la Promoción del Bienestar Emocional en la consulta de Atención Primaria" en la plataforma de formación del SALUD. La unidad de innovación del sector sanitario de Barbastro se ha encargado de dar apoyo y soporte a los profesionales que han utilizado la herramienta.
- En colaboración con la coordinación de la "Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria", se han adaptado algunos contenidos de MASTERMIND y se ha añadido un usuario genérico adicional a la herramienta con acceso a la información sobre bienestar emocional. Este material también se ha puesto a disposición de los centros de atención primaria a través de la formación sobre la consulta monográfica y en el curso de autoformación de la plataforma de formación del SALUD.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los objetivos en función de los indicadores señalados al principio del proyecto:

- La herramienta está disponible para los pacientes desde fuera de la red del SALUD (internet)
- Se ha elaborado un plan técnico de despliegue con propuesta de despliegue por fases y funcionalidades
- Se ha utilizado la herramienta desde más de 5 centros de Atención primaria de Aragón (en el marco de la "Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria") distintos de los que participaron en el proyecto MASTERMIND y también desde la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro.
- En la Unidad de Salud Mental de Barbastro, psicología clínica ha ofertado la herramienta a 40 pacientes.
- Algunos de los centros que han promocionado el uso de la herramienta con pacientes son: Ejea de los Caballeros (20 pacientes), Actur Sur (6), Zuera (6), Perpetuo Socorro de Huesca (5) y Sabinánigo (1)
- Hasta el 22/1/2020 Se han registrado 4105 interacciones del usuario salud (usuario genérico creado para esta fase)
- Los profesionales tanto de AP como de la USM de Barbastro valoran positivamente la herramienta y el seguimiento por parte de los pacientes de la misma

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proceso de innovación del servicio Aragonés de Salud comienza con el pilotaje de las soluciones innovadoras en el territorio, en un entorno controlado. Posteriormente se realiza un profundo proceso de evaluación, desde distintos puntos de vista de efectividad, eficiencia y sostenibilidad. Este proceso permite que las soluciones más exitosas y efectivas puedan ser desplegadas en el SALUD en la cartera de servicios de la organización.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0029

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

Es el caso MASTERMIND, los resultados del proyecto indicaron que la implementación de terapia cognitivo conductual basada en TICS y la psicoeducación online podía ser efectiva y eficiente en la organización. Las tareas realizadas a posteriori están orientadas a tener un marco de transición desde el proyecto hasta el potencial posterior despliegue en el que se garantice la sostenibilidad y la efectividad del servicio. En este contexto se ha aprovechado la "Consulta Monográfica para la Promoción del Bienestar Emocional en Atención Primaria" para dar difusión a la herramienta. Además, se han ensayado nuevas utilidades para la herramienta como los contenidos para la promoción del bienestar emocional.

El uso de los profesionales y la aceptación por parte de los usuarios durante el periodo de transición indican que este tipo de herramientas están bien aceptadas y son un apoyo en el tratamiento de enfermedades mentales de carácter leve. Sin embargo, para poder aprovechar todo el potencial de estas herramientas, es necesario incluir las funcionalidades que se han eliminado en esta fase transitoria y que se detallan en el plan de despliegue técnico de la herramienta.

Como mejora específica de esta fase, se solicita mejorar el canal de comunicación para la resolución de incidencias (se van a reforzar las indicaciones para poder utilizar la dirección de email de soporte mastermind@salud.aragon.es)

Los profesionales de atención primaria y los de la Unidad de Salud Mental que han participado en esta fase del proyecto, consideran que es una herramienta efectiva de psicoeducación para el tratamiento de depresión leve o síntomas depresivos, que aporta valor en ambos niveles asistenciales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/29 ===== ***

Nº de registro: 0029

Título
SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

Autores:
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, SIERRA CALLAU MODESTO, ANGLÉS BARBASTRO ROSANA, NAVARRO LAX DAVID, MOLES ARCOS BARBARA, MORA PARDINA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
MasterMind es un proyecto del 7ºPM CIP - ICT PSP (GA 621000) que ha evaluado el impacto de la extensión de servicios de cCBT y ccVC (Cuidado Colaborativo con soporte de Videoconferencia entre AP y AE) para adultos con depresión en 14 regiones europeas. El objetivo final ha sido mejorar la calidad del servicio prestado a los usuarios, además de velar por la sostenibilidad de los sistemas de salud.
El servicio de cCBT (Terapia Cognitivo Conductual basada en TICS) se pilotó durante el periodo Octubre2015-Mayo2017. Este servicio se apoyaba en un programa on-line llamado Supera tu Depresión, que incluye contenidos consensuados por profesionales de 4 regiones españolas.
Este programa consta de 8 módulos. Cada módulo incluye material audiovisual, textos, actividades y cuestionarios que el paciente debe realizar en un plazo aproximado de 2 meses.
Durante el periodo Octubre2015-Mayo2017, se incluyeron 140 pacientes. Estos pacientes fueron remitidos tanto por la Unidad de Salud Mental del Sector Sanitario de Barbastro como por varios centros de atención primaria del mismo sector. De estos pacientes, 68 completaron más del 50% del programa. 44 finalizaron el programa completo y 11 no lo completaron pero no presentaban síntomas en el último control. Los indicadores de evolución muestran disminución de sintomatología clínica y mejora en calidad de vida para los pacientes que siguen el programa. Los profesionales y los pacientes que completan el programa se mostraron satisfechos con el servicio.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0029

1. TÍTULO

SOPORTE EN EL DESPLIEGUE DE UNA HERRAMIENTA DE TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL BASADA EN TICS

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualización técnica de la herramienta para adaptarla al despliegue tras la fase piloto
- Estudio e implementación de políticas de seguridad y confidencialidad con CGIPC
- Estudio técnico y revisión de resultados del proyecto MASTERMIND para la elaboración de plan técnico de despliegue y acciones para presentar a Servicios Centrales de SALUD
- Apoyo y soporte a los centros de salud en los que se plantee la utilización de la herramienta.

MÉTODO

La finalización del proyecto MASTERMIND y los resultados obtenidos invitaban a la continuación del servicio, pero se planteaban algunos retos que debían despejarse en diferentes fases para garantizar la sostenibilidad del mismo. Los retos principales identificados, eran los siguientes:

- Actualización de la herramienta a versiones más recientes para mejorar su compatibilidad y su seguridad
- Definición de la gestión de perfiles de paciente y datos personales fuera del marco del proyecto
- Definición de las posibles interacciones del profesional y desarrollos asociados a las mismas (posibilidad de seguimiento de paciente, generación de alarmas, acceso a datos personales, figura del centro de contacto,...)
- Despliegue a centros de salud y unidades de salud mental más allá de los que participaron en Mastermind
- Utilización de contenidos (o parte de los mismos) para otros perfiles (estrés, ansiedad, bienestar emocional)

Con estos retos, en el proyecto de mejora se plantean los siguientes objetivos:

- Evolucionar la herramienta (mejorar su compatibilidad, realizar ajustes en la visualización de contenidos y realizar actualizaciones en materia de seguridad) para adecuarla al nuevo contexto y posibles mejoras posteriores.
- Realización de un plan técnico de acción para el despliegue potencial de la herramienta con diversos niveles de funcionalidad e implicación por parte de los profesionales.
- Implementación de la primera fase del plan técnico y despliegue de la herramienta para su uso desde un conjunto de centros de atención primaria

INDICADORES

- Disponibilidad de la herramienta para su uso desde fuera de la red del SALUD por parte de pacientes
- Disponibilidad del plan técnico con una propuesta de despliegue por fases y funcionalidades
- Utilización de la herramienta en al menos 5 centros de Atención Primaria de Aragón

DURACIÓN

Enero - Diciembre 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS GONZALEZ IGLESIAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL
GRASA LANAU JOSE ANTONIO
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
NOGUES GARCIA LAIA
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD
PLAZA CUELLO ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Asistencia de 2 miembros del grupo al Curso Multidisciplinar sobre analgesia sedación, delirio y debilidad del paciente crítico. Noviembre 2016 Hospital de Vall d'Hebron (Bgarcelona).
- Realizadas 2 sesiones formativas sobre Escalas de Sedación y Dolor al personal sanitario de UCI: Noviembre 2016 y Mayo 2017.
- Realizado protocolo de Sedoanalgesia, pendiente de validación por los facultativos especialistas de área por la nuevas opciones terapéuticas aparecidas en el mercado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se pueden dar resultados de los indicadores planteados al no haberse empezado a aplicar el protocolo. La fuente de obtención de datos será el programa informático propio de UCI.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido importante difundir y empezar a manejar las escalas de sedoanalgesia con los pacientes que vamos teniendo ingresados y que precisan sedación. Queda pendiente la adaptación del programa informático de UCI a las nuevas ordenes terapéuticas con los fármacos seleccionados y las escalas de sedación-dolor. Damos continuidad al proyecto para que una vez aprobado el protocolo todos los profesionales sigamos la misma línea de pautas y trabajos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GRASA LANAU JOSE ANTONIO, GALLEGO BARRABES SUSANA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología grave
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadactación de la ventilación mecánica, sobredosificación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticulosos se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:

- Falta de un protocolo de actuación.
 - Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...
 - Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
 - Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.
- La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

MÉTODO

- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

INDICADORES

- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.
- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

DURACIÓN

Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.
Inicio: 1 Noviembre 2016.
Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:

- Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN CARLOS GARCIA RONQUILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GRASA LANAU JOSE ANTONIO
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
MARTINEZ TRIVEZ PILAR
SALLAN CIUTAD VERONICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha llevado a cabo la redacción de la guía de sedoanalgesia en la UCI del hospital de Barbastro según la evidencia clínica actualizada

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado la guía de sedoanalgesia de la unidad de cuidados intensivos. Se han introducido las escalas de sedoanalgesia y relajación en la práctica diaria, y comenzado el registro informático. Esto va a permitir a lo largo de este año iniciar el empleo de esta herramienta en la actividad clínica diaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La dificultad de desarrollar una guía de actuación aparentemente sencilla, pero que al profundizar el conocimiento es mas amplio el tema elegido. La dificultad de coordinación de este tipo de trabajos, cuando son realizados a la vez que la actividad asistencial, así como lograr coordinar a un grupo con diferentes horarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/874 ===== ***

Nº de registro: 0874

Título
MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GRASA LANAU JOSE ANTONIO, GALLEGU BARRABES SUSANA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología grave
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes, que por su patología, precisan sedoanalgesia en la UCI precisan una vigilancia estrecha y ajustes continuos de medicación para evitar efectos no deseables: dolor, infrasedación y desadaptación de la ventilación mecánica, sobredosificación y retraso en extubación y prolongación en la estancia en UCI. Este ajuste meticoloso se realiza de forma dispar entre los miembros de la unidad. Las causas detectadas son:
- Falta de un protocolo de actuación.
- Falta de diversidad en las pautas de tratamientos (sedación y analgesia) por lo que se usasn las mismas dosis y fármacos sin tener en cuenta otros aspectos importantes: edad, constitución, tipo de patología que requiere sedoanalgesia...

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0874

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CALIDAD DE LA SEDOANALGESIA DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS(UCI) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Disparidad en las escalas de medición de dolor y sedación utilizadas.
- Todo ello conlleva dosis acumulativas y prolongación de los efectos.

La utilidad del proyecto se basa fundamentalmente en actualizar los conocimientos sobre el tema y unificar criterios y pautas de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Concienciar a los profesionales sanitarios de la UCI, de la necesidad de minimizar la sedación para disminuir sus efectos indeseables.
- Fomentar el uso de nuevos fármacos sedoanalgesicos que mejoran la calidad del tratamiento.
- Crear el hábito de valorar la respuesta a los fármacos mediante escalas actualizadas que permitan ajustar las dosis a la situación clínica del paciente.
- Disminuir las dosis de sedación y con ello los días de ventilación mecánica.

MÉTODO

- Redacción, difusión y puesta en marcha de un PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN EL PACIENTE DE UCI: Médicos y Enfermeros.
- Introducción de las escalas seleccionadas y generación pautas de tratamiento prediseñadas en el sistema informático de la unidad: Médicos y enfermeros
- Adiestramiento en el uso de las escalas elegidas para valorar la sedación, analgesia y relajación muscular de los pacientes: Enfermeros.
- Revisión y evaluación de las actuaciones de los profesionales sanitarios de la unidad ante un paciente con sedoanalgesia una vez creado y difundido el protocolo: Médico y Enfermeros

INDICADORES

- Numero de pacientes a los que se realiza una sedación controlada (escala/BIS) / Numero total de pacientes con sedación.
- Número de pacientes con pauta de sedoanalgesia protocolizada / número de pacientes con necesidad de sedoanalgesia.

Los datos se obtendrán de la historia clínica informatizada y del programa informático de monitorización continuada de los pacientes ingresados.

DURACIÓN

Periodo: tercer trimestre 2016 - primer semestre de 2017.
Inicio: 1 Noviembre 2016.
Finalización: 31 Junio 2017.

Calendario:

- Realización del PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA: 3 meses: noviembre y diciembre 2016, enero 2017.
- Difusión del protocolo: 1 semana: primera semana Febrero 2017.
- Adiestramiento personal de enfermería: 3 semanas: resto del mes de febrero 2017.
- Recogida de resultados: 3 meses: Marzo-Mayo 2017.
- Resultados y conclusiones y difusión de los mismos: Junio 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
ZAMORA ELSON MONICA
LOPEZ GONZALEZ ISABEL
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
SANZ CARDIEL ALICIA
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Enviada una carta, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto: 1ª quincena octubre 2017

Elaboración hoja de recogida de datos: 1ª quincena octubre 2017

Se está realizando un seguimiento de estos pacientes a diario en los pacientes ingresado en UCI y 2 veces por semana en los pacientes de planta de hospitalización, por los facultativos de UCI con la enfermería de las unidades correspondientes.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha realizado el seguimiento de las vías implantadas en la UCI o bien de los paciente que han ingresado en la UCI con vías centrales desde 15 de octubre de 2017 hasta el 31 de diciembre de 2017. Control dentro de la UCI a diario, como en las plantas de hospitalización dos veces en semana-

Los datos son los siguientes:

- Canalizadas 62 vías:

- 74% son vías centrales: 37 (80%) de las misma las han canalizado los médicos de la UCI, y el resto 9 (20%), las han canalizado en quirófano (anestesiastas).

- 26% son vías centrales de acceso periférico. Todas canalizadas por el personal de enfermería de UCI.

- La duración de la catéteres han sido una media de 8 días. Con valores de 1 día y 32 días.

- Se han realizado 11 recambios de vías, es decir un 18% eran una nueva vía en el mismo paciente.

- Los motivos de retiradas de la vías han sido:

- 28 (45%) por no ser necesaria; 10(16%) por exitus; sospecha sepsis por catéter 11 (18%); trasladó a otro centro 4 (6%); cambio electivo 2 (3%); trombosis 2 (3%); retirada accidental 2 (3%); mala posición 1 (1,6%); falta de luces 1 (1,6%) y malfuncionamiento 1 (1,6%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Seguimiento laborioso pero gratificante por la buena disponibilidad de la enfermeras de los distintos servicios para la revisión conjunta y las recomendaciones realizadas.

- Mejora en las curas de las vías centrales por la insistencia de los médicos de UCI que realizan el seguimiento.

- Queda pendiente una mayor implicación por facultativos especialistas de otros servicios en el manejo de las vías.

7. OBSERVACIONES.

Realizaremos continuidad del proyecto con recogida de datos a lo largo de todo el 2018.

Se enviaran resultados a congresos de críticos, calidad...

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1772 ===== ***

Nº de registro: 1772

Título
MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MARTINEZ TRIVEZ PILAR, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, ZAMORA ELSON MONICA, LOPEZ GONZALEZ ISABEL, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, SANZ CARDIEL ALICIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro servicio y en nuestro hospital, como ocurre en otros, el manejo de los CVC no siempre es adecuado. Esto lleva consigo importantes efectos secundarios y complicaciones graves, entre las que se encuentran, las bacteriemias relacionadas con catéter, flebitis y trombosis venosas.
En años anteriores tuvimos ingresados algunos pacientes con complicaciones relacionadas con el catéter: shock séptico por catéter, endocarditis por infección de catéter, trombosis de extremidades por catéter...
Las iniciativas para la prevención de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad, y de nuestro servicio de salud.

RESULTADOS ESPERADOS

- Vigilancia de todos los cateteres centrales que ha llevado los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los años 2017-2018.
- Detección, prevención y actuación sobre las posibles complicaciones relacionadas con CVC.
- Seguimiento de la situación y utilidad de los CVC hasta su retirada.
Población diana : Todos los pacientes con CVC canalizados en nuestra unidad, ó que ingresen procedentes de otro area del hospital con un CVC y sean dados de alta de la UCI a las plantas de hospitalización con CVC.
Dirigido a : todos los servicios donde se utilizan este tipo de catéteres

MÉTODO

A - Se enviará una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto, dado que vamos a hacer un seguimiento de pacientes a su cargo y en sus e Historias clínicas clínicas.
B - Se elaborará, una hoja de recogida de datos.
C - Se realizará un seguimiento, de estos pacientes, 2 veces por semana, por los facultativos, que colaboran en el proyecto (de forma rotatoria), con recogida de datos,
D - Realizar recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente si se cree conveniente realizar alguna intervención en el manejo del CVC.

INDICADORES

1 - Realización de carta de información del proyecto a la dirección del hospital y Jefes de servicios asistenciales : SI/NO . Estándar: 100%
2 - Realización de Hoja de recogida de datos : SI/NO
Estándar: 100%
3 - Nº de pacientes con CVC que se han seguido correctamente /Nº de pacientes con CVC, que se debían seguir . Estándar: 80%.
4 - Realización de la valoración de los datos obtenidos y realización de la Memoria: SI/NO . Estándar : 100%

FUENTES DE DATOS :

- Hoja de recogida de datos.
- Historias clínicas
- Entrevistas con enfermera y facultativos responsables del paciente.

DURACIÓN

A - Enviar carta a dirección medica y JS : 1-15 Octubre 2017
B - Realizar Hoja de recogida de Datos :1-15 Octubre 2017
C - Seguimiento de pacientes : 15 Octubre 2017 - 15 Octubre 2018 .
D - valoración de datos, resultados obtenidos y elaboración de la memoria : 1ª Memoria con Datos a 31 diciembre 2017
2ª memoria con datos en Diciembre 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Se trata de un proyecto con continuación en el Acuerdo de Gestión Clínica que firmará la UCI con la dirección del Hospital de Barbastro para 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE PILAR MARTINEZ TRIVEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
ZAMORA ELSON MONICA
LOPEZ GONZALEZ ISABEL
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
SANZ CARDIEL ALICIA
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A- Se ha enviado una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y a los jefes, de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto. (1-15 octubre 2017)

B- Se ha elaborado una hoja de recogida de datos. (1-15 octubre 2017)

C- Se ha realizado una vigilancia y seguimiento, de todos los pacientes con CVC, (los canalizados en nuestra unidad, y los que ingresan procedentes de otras áreas del hospital, portadores de CVC), durante el periodo de ingreso en la UCI, y tras el alta a la planta de hospitalización.

Este seguimiento se ha iniciado el 15 de octubre de 2017, y lo continuamos a día de hoy, y se realiza, en el caso de los pacientes que permanecen ingresados en UCI, por el facultativo responsable, y en los ya dados de alta, en planta,

2 veces por semana, de forma rotatoria, por todos los facultativos de la unidad. con la recogida de datos consiguiente.

D- Tras la recogida de datos, se realiza la valoración de éstos, y recomendaciones

al responsable médico y de enfermería del paciente, sobre la realización de alguna intervención en el manejo del CVC, ó si sería conveniente su retirada .

E- De este modo se están recogiendo una serie de datos, sobre la canalización y manejo posterior, de los CVC en nuestro hospital, así como de las posibles complicaciones derivadas, entre las que destacan : las BRC, Endocarditis secundarias a infección de catéter, flebitis y trombosis venosas, de modo que nos permita, cuando tengamos una muestra suficiente, la valoración de cómo se realiza esta canalización y manejo posterior, de estos catéteres en nuestro entorno, las complicaciones derivadas de ello, y las oportunidades de mejora.

Los datos analizados en esta memoria, son los recogidos, (según el proyecto de mejora presentado en 2017) entre el 15 octubre de 2017 y 15 octubre de 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A- Realización y envío de una carta de información del proyecto, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, entre el 1-15 octubre-2017 . Estándar 100% SI

B- Realización de una hoja de recogida de datos, entre el 1-15 octubre 2017

Estandar 100% Si

C- nº de pacientes con CVC, que se han seguido correctamente /nº de pacientes con CVC, que se debían seguir.

Estandar : 80% SI : 230/252 : 91%

D- Valoración de los datos obtenidos y realización de la memoria

Estandar 100% SI

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

DATOS GENERALES OBTENIDOS :

Durante este periodo, se canalizaron 252 vías en total. (219 en la UCI, 29 en el servicio de Anestesia, 3 por cirugía y 1 el servicio de urgencias). El 78,88% en pacientes dependientes del servicio de UCI, el 8,37% fué solicitado por el servicio de Medicina Interna, el 6,77% por diferentes especialidades médicas y un 5,98% solicitadas por servicios quirúrgicos. De las vías canalizadas, 209 (82,9%) fueron canalizadas por médicos y 43 (17,1%) por enfermería.

En cuanto al número de luces, se han canalizado 8 vías de 1 luz, 73 de dos luces, 129 de tres luces y 42 de cuatro luces. Por localización, se han canalizado 66 vías subclavias, 65 vías yugulares, 80 vías femorales y 43 catéteres centrales de inserción periférico (CCIP)

La permanencia de las vías ha sido como mínimo 1 día y como máximo 37 días, con media de 4 días y mediana de 7 días. De los catéteres retirados, han precisado nueva canalización en 47 casos (19%). Los motivos de retirada/Salida del registro, han sido: No necesario/No empleo 45,42%; Exitus 19,12%; Sospecha infección catéter 10,76%; Traslado a otro centro 7,57%; Cambio electivo 5,18%; Retirada accidental 4,38%; Trombosis 3,59%; Malfuncionamiento 2,79%; Falta de luces 0,80%; y Mala posición 0,40%. De todos las sospechas de sepsis por catéter, sólo uno de ellos se confirmó con una bacteriemia asociada a catéter.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

DATO DE CVC CONVENCIONALES:

Durante este periodo, se canalizaron 211 vías centrales convencionales. Distribuidos por luces: 7 de 1 Luz, 51 de dos luces, 111 de 3 luces y 42 de 4 luces. Los motivos de retirada han sido: No necesario/No empleo 45,97%; Exitus 20,85%; Sospecha infección catéter 9,48%; Traslado a otro centro 7,11%; Cambio electivo 6,16%; Retirada accidental 5,21%; Trombosis 1,42%; Malfuncionamiento 2,37%; Falta de luces 0,47%; y Mala posición 0,95%. El único caso de sépsis por catéter fue debido a vía yugular derecha, canalizada en quirófano y que estuvo canalizada 10 días. De las 211 vías, 36 (17%) se retiraron y precisaron canalización de nuevo catéter.

DATOS DE CVC DE INSECCION PERIFERICA (CCIP):

Durante este periodo, se canalizaron 43 CCI. Distribuidos por luces, 1 de 1 Luz, 23 de dos luces, 19 de 3 luces. Los motivos de retirada han sido: No necesario/No empleo 45,45%; Exitus 4,55%; Sospecha infección catéter 22,73%; Traslado a otro centro 13,64%; Cambio electivo 0%; Retirada accidental 0%; Trombosis 9,09%; Malfuncionamiento 4,55%; Falta de luces 0%; y Mala posición 0%. De las 43 vías, 11 se retiraron y precisaron canalización de nueva vía. Un dato llamativo, es que de las 43 vías canalizadas, después de la primera semana sólo quedaban canalizadas 7 vías (17%). Un 35% se han retirado en los primeros cuatro días.

CONCLUSIONES:

Este proyecto de recogida de datos y seguimiento, de la canalización y manejo posterior de los CVC, nos ha permitido un mejor control de los catéteres venosos centrales, detección precoz de complicaciones y tratamiento de las mismas.

Es por ello, que tenemos la intención de seguir, y así lo estamos haciendo, con este proyecto durante el 2019, considerando, como así lo exponíamos en nuestro proyecto de mejora de calidad, que la iniciativa para la prevención (entre otras), de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad y de nuestro servicio de salud.

7. OBSERVACIONES.

Este proyecto, fue enviado en 2017, para su inclusión en el programa de gestión de proyectos, en el servicio aragonés de salud-2016, con recogida de datos iniciada el 15 octubre de 2017, y continuación, en el acuerdo de gestión clínica firmado por nuestra unidad, con la dirección del hospital de Barbastro para el 2018. No se realizó la memoria en 2017, dada la escasa cantidad de datos que pudimos recoger en tan solo 2.5 meses.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1772 ===== ***

Nº de registro: 1772

Título
MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MARTINEZ TRIVEZ PILAR, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, ZAMORA ELSON MONICA, LOPEZ GONZALEZ ISABEL, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, SANZ CARDIEL ALICIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Todas las patologías
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro servicio y en nuestro hospital, como ocurre en otros, el manejo de los CVC no siempre es adecuado. Esto lleva consigo importantes efectos secundarios y complicaciones graves, entre las que se encuentran, las bacteriemias relacionadas con catéter, flebitis y trombosis venosas.

En años anteriores tuvimos ingresados algunos pacientes con complicaciones relacionadas con el catéter: shock séptico por catéter, endocarditis por infección de catéter, trombosis de extremidades por catéter...

Las iniciativas para la prevención de las infecciones nosocomiales, es uno de los objetivos de nuestra sociedad, de nuestra unidad, y de nuestro servicio de salud.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1772

1. TÍTULO

MEJORA EN LA CANALIZACION Y MANEJO DE LOS CATETERES VENOSOS CENTRALES (CVC) EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS

- Vigilancia de todos los cateteres centrales que ha llevado los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) durante los años 2017-2018.
 - Detección, prevención y actuación sobre las posibles complicaciones relacionadas con CVC.
 - Seguimiento de la situación y utilidad de los CVC hasta su retirada.
- Población diana : Todos los pacientes con CVC canalizados en nuestra unidad, ó que ingresen procedentes de otro area del hospital con un CVC y sean dados de alta de la UCI a las plantas de hospitalización con CVC.
- Dirigido a : todos los servicios donde se utilizan este tipo de catéteres

MÉTODO

- A - Se enviará una carta, de nuestro jefe de sección, a la dirección del hospital y jefes de los distintos servicios asistenciales, informando del proyecto, dado que vamos a hacer un seguimiento de pacientes a su cargo y en sus e Historias clínicas clínicas.
- B - Se elaborará, una hoja de recogida de datos.
- C - Se realizará un seguimiento, de estos pacientes, 2 veces por semana, por los facultativos, que colaboran en el proyecto (de forma rotatoria), con recogida de datos,
- D - Realizar recomendaciones al responsable médico y de enfermería del paciente si se cree conveniente realizar alguna intervención en el manejo del CVC.

INDICADORES

- 1 - Realización de carta de información del proyecto a la dirección del hospital y Jefes de servicios asistenciales : SI/NO . Estándar: 100%
- 2 - Realización de Hoja de recogida de datos : SI/NO Estándar: 100%
- 3 - N° de pacientes con CVC que se han seguido correctamente /N° de pacientes con CVC, que se debían seguir . Estándar: 80%.
- 4 - Realización de la valoración de los datos obtenidos y realización de la Memoria: SI/NO . Estándar : 100%

FUENTES DE DATOS :

- Hoja de recogida de datos.
- Historias clínicas
- Entrevistas con enfermera y facultativos responsables del paciente.

DURACIÓN

- A - Enviar carta a dirección medica y JS : 1-15 Octubre 2017
- B - Realizar Hoja de recogida de Datos :1-15 Octubre 2017
- C - Seguimiento de pacientes : 15 Octubre 2017 - 15 Octubre 2018 .
- D - valoración de datos, resultados obtenidos y elaboración de la memoria : 1ª Memoria con Datos a 31 diciembre 2017
- 2ª memoria con datos en Diciembre 2018

OBSERVACIONES

Se trata de un proyecto con continuación en el Acuerdo de Gestión Clínica que firmará la UCI con la dirección del Hospital de Barbastro para 2018.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CENTENO OBANDO JUAN JOSE
LISA LOPEZ VICTORIA
GARCIA CLAU SUSANA
LLANAS RECH MONICA
PLAZA CUELLO ALBA
CALVO SARVISE ASUNCION
FRANCO MONTES MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Protocolo iniciado en el año 2018, con el fin de realizar valoración nutricional a los pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos.
Se ha procedido a recoger datos (el objetivo es llegar a 150 pacientes), en los que se recogen:
- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltración y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxitus o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfocitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnesio, transferrina y triglicéridos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Es un trabajo de seguimiento, estamos todavía en la fase de recogida de datos. Pero podemos decir, que gracias a esta recogida de datos, estamos detectando al ingreso en UCI, los pacientes con mayor grado de desnutrición.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Nuestros objetivos son;:
- Grados de desnutrición al ingreso en UCI
- Porcentaje de desnutrición en los pacientes que ingresan en UCI
- Valorar síndrome de realimentación
- Comparación entre los diferentes scores nutricionales
- Valorar que datos al ingreso se relacionan con mayor mortalidad de los pacientes
- Que datos al ingreso se relacionan con mayor desnutrición

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/119 ===== ***

Nº de registro: 0119

Título
VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologías que requieran ingreso en UCI
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Síndrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según características del paciente

MÉTODO

- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analítica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

INDICADORES

Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadístico correspondiente.

DURACIÓN

Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

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 - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 20/12/2019

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL

GARCIA CLAU SUSANA

LISA LOPEZ VICTORIA

LLANAS RECH MONICA

PLAZA CUELLO ALBA

PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

FRANCO MONTES MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La muestra son pacientes ingresados desde mayo del 2017 hasta febrero del 2019. Se han recogida datos de 148 pacientes de todo tipo: médicos (incluidos respiratorios), sépticos, coronarios, quirúrgicos y traumatológicos. De estos 148 pacientes se han recogido los siguientes datos:

- Datos demográficos: sexo, edad, días de ingreso en UCI, causa de ingreso, peso, talla e IMC, si ha perdido peso en los últimos 3 meses.
- Datos médicos: si precisa VM y días, si precisa soporte vasoactivo y días, si precisa hemodiafiltración y días, si lleva nutrición artificial y de que tipo, si ha sido éxito o no durante su ingreso en UCI.
- Escalas médicas: APACHE II, SOFA, SAPS II, CONUT, NRS2000, Nutriscore.
- Datos analíticos: Hb, Hto, linfocitos, plaquetas, actividad protombina, glucosa, lactato, PCR, PCT, creatinina, bilirrubina, albumina, prealbúmina, colesterol total, HDL, AST, ALT, fósforo, magnesio, transferrina y triglicéridos

El objetivo principal del estudio es determinar qué factores o scores relacionados con desnutrición del paciente al ingreso se relacionan con mayor mortalidad (a 30 días)

Objetivos secundarios:

- Comparar escalas de gravedad al ingreso en UCI (mortalidad a 30 días)
- Comparar escalas nutricionales (mortalidad a 30 días)
- Mejorar la práctica clínica detectando los pacientes con desnutrición al ingreso en UCI

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El número de pacientes incluidos en el estudio son 148 pacientes. Distribuidos en 97 hombres y 51 mujeres. La causa de ingreso más frecuente en UCI son los pacientes sépticos (29,72%) del total, seguido de los médicos (28,37%), de los quirúrgicos (25%), de los coronarios (14,86%) y de los traumatológicos (2,02%). La causa más frecuente de mortalidad también son los pacientes sépticos (53,3% del total)

La mortalidad en UCI es de un 12,8% y la mortalidad a los 30 días es del 20,3%

De los pacientes fallecidos: 17 son hombres (56,7%) y 13 mujeres (43,3% del total)

Han precisado Ventilación mecánica 57 pacientes (38,5% del total), de los cuales han fallecido 22 (38,6% de los pacientes ventilados y 73,3% de los pacientes éxito).

Han precisado Ventilación mecánica no invasiva 2 pacientes

Han precisado soporte vasoactivo 66 pacientes (44,6% del total) de los cuales han fallecido 26 (86,7% de los pacientes éxito)

Han precisado Técnicas de remplazo renal 12 pacientes (8,1% del total) de los cuales han sido éxito: 7 (58,3%)

La Nutrición con más frecuencia administrada es la oral (59,8% del total), seguida de la NPT (12,2%), la NE (10,8%) y la nutrición mixta (NPT+NE) un 6,1% del total. En un 11,5% de pacientes (11,5% del total) no se administró ningún tipo de nutrición. La nutrición asociada a mayor mortalidad es la NE.

Entre los pacientes fallecidos, el mayor porcentaje de éxito es en los paciente que recibieron NE (26,7% de los pacientes fallecidos), seguido de los pacientes que no recibieron ningún tipo de nutrición (23,3% del total).

En cuanto al inicio de administración de nutrición: en los pacientes éxito la media fue de 28,40 h \pm 24,61 y en los pacientes vivos fue de 27,25 \pm 24,22 (sin significación estadística).

Las escalas valoradas en el estudio son:

El APACHE y el SAPS2 como escala de gravedad, el SOFA con escala de disfunción multiorgánica. Para valorar el estado nutricional se incluyen las siguientes escalas: Nutriscore, Conut, NRS2000.

Calculando el áreas bajo la curva de cada escala, obtenemos el siguiente resultado:

En las escalas de gravedad:

APACHE: 0,858 (intervalo de confianza entre 0,786-0,929)

SOFA: 0,818

SAPS2: 0,785

La mejor área es el APACHE, seguido del SOFA y después del SAPS.

En la escalas que nos permiten la valoración del estado nutricional:

Nutriscore: 0,871 (intervalo de confianza entre 0,822 y 0,943)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Conut punto de corte en 0,700 (bajo)

NRS2000: 0,738 (intervalo de confianza: 0,642-0,833)

El score nutricional con mejor área bajo la curva es el Nutriscore.

Hemos valorado otros elementos que pueden influir en la situación nutricional al ingreso en UCI:

1. IMC (Índice de Masa corporal): Los pacientes éxitos tienen un IMC medio de $26,71 \pm 6,85$ y los vivos: $27,66 \pm 5,65$ (no significación estadística)

2. Pérdida de peso en los tres meses previos:

Se produce pérdida de peso más del 10% en 15 pacientes (28,4% del total y 50% de los pacientes éxitos) y no se produce pérdida de peso en 15 pacientes. Existe significación estadística (p: 0,006)

3. Antecedentes personales registrados:

- DM: 40 pacientes. 27% pacientes 10 éxitos
- HTA: 91 pacientes. 61,5% 22. Exitus
- Dislipemia: 44 pacientes: 29,7% de los pacientes. 9 éxitos
- Fumador: 36 pacientes: 24,3% pacientes. 5 éxitos
- ERC: 19 pacientes: 12,8% del total. 4 éxitos
- Enolismo: 11 pacientes: 7,4% del total. 3 éxitos
- EPOC: 31 pacientes. 20,9% del total. 8 éxitos
- Neoplasia: 46 pacientes. 31,1%. 13 éxitos.
- Cardiopatías: 45 pacientes: 30,4%. 11 éxitos
- Hepatitis: 14 pacientes. 9,5%. 3 éxitos
- Enfermedad neurológica: 13 pacientes 8,8%. 3 éxitos
- Inmunodeficiencia: 10 pacientes. 6,8% 2 éxitos
- Hiperuricemia: 7 pacientes. 4,7% del total. 2 éxitos
- Enfermedad tiroidea: 9 pacientes: 6,1%. 2 éxitos

De todos los antecedentes estudiados, no se ha observado relación estadística con mortalidad a 30 días.

4. Parámetros bioquímicos al ingreso: Hemoglobina: $12,57 \pm 7,80$; leucocitos: 21036 ± 41181 ; Linfocitos:

1022 ± 1482 ; plaquetas: $202063,78 \pm 105397$, AP: $72,29 \pm 16,92$; glucosa: $150,84 \pm 74,41$; Lactato: $2,50 \pm 2,14$, PCR: $149,59 \pm 116,90$; PTC: $17,24 \pm 1,21$, bilirrubina: $0,86 \pm 0,885$; albumina: $3,19 \pm 0,70$; prealbumina: $11,96 \pm 7,91$, colesterol: $125,22 \pm 43,84$; colesterol HDL: $31,44 \pm 14,05$; AST: $112,48 \pm 57,5$; ALT: $96,84 \pm 51,0$; Fosforo: $3,54 \pm 1,35$, Mg: $1,99 \pm 0,36$, Transferrina: $172,45 \pm 63,88$; triglicéridos: $124,17 \pm 82,14$

Comparando cifras entre vivos y éxitos: se han encontrado diferencias significativas en:

- Linfocitos en pacientes éxitos: $581,55 \pm 630,58$ y linfocitos en vivos: $1135,00 \pm 1612,72$ p: 0,001
- Actividad de protombina en pacientes éxitos: $62,67 \pm 19,01$ y AP en vivos: $74,74 \pm 15,51$ p: 0,002
- PCR en paciente éxitos: $184,36 \pm 34,23$ y PCR en vivos: $138,28 \pm 121,88$
- Albumina en pacientes éxitos: $2,74 \pm 0,65$ y albumina en vivos: $3,305 \pm 0,679$ p: 0,000
- Prealbumina en pacientes éxitos: $8,12 \pm 6,26$ y prealbumina en vivos: $12,97 \pm 8,011$ p: 0,002
- Colesterol HDL en pacientes éxitos: $25,47 \pm 15,56$ y HDL en vivos: $32,93 \pm 12,98$ p: 0,004
- Transferrina en éxitos: $144,84 \pm 61,109$ y en vivos: $179,59 \pm 62,87$ p: 0,005

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- De los pacientes incluidos en este estudio, la mortalidad a 30 días es del 20,3% del total. La causa más frecuente de ingreso son los paciente sépticos y también son los que más fallecen.

- La nutrición que con más frecuencia se administra es la oral. Destaca la gran cantidad de pacientes que no reciben ningún tipo de nutrición. No se observa diferencias significativas entre el tiempo de inicio de nutrición en los pacientes fallecidos y los supervivientes.

- Entre las escalas de gravedad el Apache II es el que presenta mayor relación con mortalidad

- Entre los scores de nutrición, el Nutriscore es que presenta mayor relación con mortalidad

- Existe relación significativa entre la pérdida de peso al ingreso y mayor mortalidad.

- Los parámetros bioquímicos estudiados que presentan significación estadística entre pacientes vivos y

éxitos son: linfocitos, actividad de protombina, PCR, Albumina, Prealbumina, colesterol HDL y transferrina

El objetivo de este estudio era valorar como podíamos implantar una mejora de la práctica clínica.

A los pacientes que ingresan en UCI hay que recoger unos datos adicionales que son:

- Si existe pérdida de peso en los últimos 3 meses

- APACHE II, SOFA y NUTRISCORE

- Perfil analítico que incluya: PCR como parámetro de inflamación, Albúmina como parámetro del

compartimento proteico al ingreso (vida media de 21 días), prealbumina, colesterol HDL y Transferrina

Incluir estos resultados dentro del protocolo de NUTRICIÓN

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/119 ===== ***

Nº de registro: 0119

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0119

1. TÍTULO

VALORACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL DE BARSBSTRO

Título
VALORACION NUTRICIONAL DE LOS PACIENTE AL INGRESO EN LA UCI DEL HOSPITAL BARBASTRO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, CENTENO OBANDO JUAN JOSE, LISA LOPEZ VICTORIA, GARCIA CLAU SUSANA, LLANAS RECH MONICA, PLAZA CUELLO ALBA, CALVO SARVISE ASUNCION, FRANCO MONTES MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: patologias que requieran ingreso en UCI
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Es necesario realizar una evaluación nutricional adecuada de los pacientes a su ingreso en UCI. Detectar los paciente que cumplen parámetros de desnutrición o están en riesgo de padecerla. En esto pacientes hay que introducir la nutrición artificial de forma lenta para evitar complicaciones como el síndrome de realimentación. También realizar diferentes escalas de valoración nutricional como son el Nutric-score, IMC, Conut o NRS2002 para saber que escala nos da más información sobre el estado nutricional del paciente al ingreso, y si sus resultados se correlacionan con mayor o menor mortalidad del paciente. También protocolizar el inicio nutrición artificial en cada paciente según sus características y necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS
- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Comparar las diferentes escalas para valorar nutricionalmente a los pacientes que ingresan en UCI
- Objetivar que pacientes al ingreso están en riesgo de desnutrición
- Valorar riesgo de Síndrome de realimentación
- Protocolizar inicio de nutrición artificial según características del paciente

MÉTODO
- Pesar y tallar al paciente al ingreso
- Analítica al ingreso con parametros bioquimicos
- Calcular los scores nutricionales previstos
- Seguimiento nutricional de los pacientes durante su ingreso en UCI
- Vigilar aparición de Síndrome de realimentación

Sesión docente al servicio para explicar el proyecto
Reuniones bimensuales con el equipo para seguimiento del proyecto

INDICADORES
Se ha generado una base de datos para recoger los datos indicados en el apartado anterior. Una vez finalizada la recogida de datos se realizara el estudio estadístico correspondiente.

DURACIÓN
Se plantea como un proyecto de continuidad. La recogida de datos se ha iniciado en el año 2018. Se recogeran datos durante 2 años para tener mayor base de datos y obtener datos significativos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Fecha de entrada: 23/02/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENDIARA BERBIELA YOLANDA
SANZ CARDIEL ALICIA
CABRERO MAISONNE NATALIA
CALVERA CALVERA ALICIA
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
ABADIA ORTIZ ESTER
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesiones divulgativas sobre el delirio en el paciente crítico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes en el momento del ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEEIUC (junio 2018) como medida motivación e incentivación del personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad del Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: Pendiente de obtención de datos / ESTANDAR >80%.
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: En proceso de difusión / ESTANDAR >80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEEIUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras un año del inicio del reparto de los folletos (mayo 2019), se realizará la recogida de datos a través de los registros informatizados de la unidad.
- Una vez elaborado el protocolo y validado por la unidad de calidad, queda pendiente completar su difusión, puesto que debido al alto grado de rotación de personal en nuestro servicio, se hacen necesarias nuevas sesiones formativas, para las cuales se solicitará acreditación como formación continuada para una mayor motivación del personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/212 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Nº de registro: 0212

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Autores:
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONNE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por los miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención del delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES

- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/número de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018
- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo - junio 2018

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRÍTICO EN UCI

Fecha de entrada: 21/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO GRASA LANAU
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MENDIARA BERBIELA YOLANDA
SANZ CARDIEL ALICIA
CABRERO MAISONNE NATALIA
CALVERA CALVERA ALICIA
HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
ABADIA ORTIZ ESTER
CUELLO MUR MARIA NATIVIDAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Realización de sesiones informativas sobre el delirio en el paciente crítico con el objetivo de informar y concienciar al personal de la unidad sobre su importancia y sobre como prevenirlo (diciembre 2017)
- Elaboración e impresión de tríptico informativo sobre el delirio y su prevención para familiares de pacientes ingresados en UCI (abril 2018)
- Comienzo del reparto del tríptico entre los familiares de los pacientes durante las primeras 24h de ingreso (mayo 2018)
- Elaboración de un protocolo de actuación multidisciplinar de prevención del delirio en el paciente crítico mediante medidas no farmacológicas y posterior envío a la unidad de calidad del sector (mayo 2018)
- Difusión del proyecto en forma de póster en las VII Jornadas de Calidad, Investigación e Innovación del Sector Barbastro (mayo 2018) y en el XLIV congreso nacional de la SEEIUC (junio 2018) como medida motivadora para personal de la unidad
- Aprobación del protocolo presentado por parte de la unidad del Calidad del sector (julio 2018)
- Asistencia de miembros del grupo de mejora al curso DELIRUCI 2018 (Curso multidisciplinar sobre prevención, detección y tratamiento del Delirium en la UCI) organizado por el Servicio de Medicina Intensiva del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida para actualización y renovación de conocimientos y aplicación en nuestro entorno (octubre 2018)
- Recogida de datos sobre el registro informatizado de entrega a los familiares del tríptico informativo tras un año de puesta en marcha de la medida y análisis de los mismos (junio 2019)
- Realización de sesión clínica acreditada sobre delirio en el paciente crítico (importancia, prevención, diagnóstico y tratamiento) y difusión del proyecto de mejora y el protocolo de prevención (octubre 2019)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Elaboración del protocolo: SI / STANDAR: SI (certificado por unidad de calidad)
- Realización de sesión de formación y concienciación para el personal de la unidad: SI / STANDAR: SI (acreditado por unidad de formación)
- Realización de folleto informativo para las familias: SI / STANDAR: SI (aprobado por la unidad de Calidad como parte del protocolo)
- Número de folletos entregados/numero de ingresos: 78% sobre la muestra valida (una vez descartados éxitus y traslados a otro centro durante las primeras 24 horas de ingreso) / ESTANDAR >80%.
- Numero de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: 26 asistentes a la sesión clínica sobre una plantilla de 30 profesionales entre enfermeras/os, TCAE y médicos (86,6%) y envío del protocolo al correo electrónico corporativo del 100% de los profesionales / ESTANDAR >80%.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Tanto las sesiones formativas y de concienciación como la elaboración del folleto informativo para las familias han sido muy bien acogidos por el personal de la unidad, desarrollando una importante motivación e implicación con el proyecto.
- A raíz de la entrega de estos folletos informativos a las familias, hemos observado un alto nivel de implicación de éstas en las tareas de prevención del delirio con un elevado seguimiento de las recomendaciones dadas, así como una mayor comprensión de este suceso cuando tiene lugar.
- La presentación del proyecto en forma de póster a las jornadas de calidad del sector y al congreso de la SEEIUC han servido de motivación, puesto que han dado visibilidad a la labor desarrollada, a la vez que han servido para la acreditación del trabajo de cara a bolsas de trabajo, carrera profesional, etc..
- Tras el análisis de los datos sobre la entrega de folletos después de un año del inicio, se ha evidenciado que el 51% de los errores, ya sea por ausencia de registro o por registro de no entrega sin justificar, se han dado durante los tres meses del periodo vacacional en la unidad (julio, agosto y septiembre). Este hecho, junto con el elevado índice de rotación de personal en nuestra unidad, hace necesaria la repetición periódica de nuevas sesiones formativas y de concienciación.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

*** ===== Resumen del proyecto 2018/212 ===== ***

Nº de registro: 0212

Título
CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

Autores:
GRASA LANAU JOSE ANTONIO, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, SANZ CARDIEL ALICIA, CABRERO MAISONNE NATALIA, CALVERA CALVERA ALICIA, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, ABADIA ORTIZ ESTER, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Mejora de la seguridad del paciente y de la calidad asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El delirio es un problema tradicionalmente minusvalorado en el enfermo crítico, pero se presenta en un elevado número de pacientes ingresados en UCI y es, probablemente, la manifestación más frecuente de disfunción aguda del SNC. Las consecuencias del delirio, van mucho más allá de las derivadas de las conductas agresivas y autolesiones. Estudios recientes han demostrado que el delirio es uno de los principales factores determinantes de la estancia hospitalaria y la mortalidad a largo plazo de los pacientes ingresados en UCI.

RESULTADOS ESPERADOS

La ausencia de evidencia probada sobre medidas de prevención farmacológica del delirio, hace que las medidas de prevención no farmacológica sean de vital importancia. Estas medidas están basadas en la creación de un ambiente lo menos hostil posible, la movilización temprana, la humanización del trato hacia el paciente y la familia, mantener al paciente orientado en tiempo y espacio y conectado en la medida de lo posible con el mundo exterior y la promoción de medidas para favorecer el descanso nocturno de modo natural. Dentro de este conjunto de medidas, el papel de la familia resulta también muy importante, tanto por la capacidad de colaboración en la prevención, como en la necesidad de que sean conscientes de que el fenómeno del delirio puede aparecer.

MÉTODO

- Creación de un grupo de trabajo multidisciplinar formado por los miembros del grupo de mejora y en coordinación con la jefatura de servicio y la supervisora de enfermería, para la elaboración de un protocolo de actuación para la prevención del delirio mediante medidas no farmacológicas.
- Realización de sesiones para la formación y concienciación de todo el personal de la unidad, en todas sus categorías (FEA, enfermería, TCAE, celadores), de la importancia de la prevención del delirio.
- Vigilancia, por parte de los miembros del grupo de mejora, del cumplimiento de las medidas propuestas.
- Elaboración de un folleto informativo para las familias de los pacientes, conteniendo información sobre el concepto de delirio, las medidas implementadas por el personal para su prevención y sobre como la familia puede colaborar.

INDICADORES

- Elaboración de un protocolo de medidas de prevención no farmacológicas. ESTANDAR: Si
- Realización de sesiones de formación y concienciación sobre el delirio en el paciente crítico y las medidas de prevención. ESTANDAR: Si
- Número de profesionales formados y conocedores del protocolo/total de los profesionales de la unidad: ESTANDAR >80%
- Elaboración de un folleto informativo para las familias. ESTANDAR: Si
- Número de folletos entregados/numero de ingresos. ESTANDAR >80%

DURACIÓN

- Elaboración del protocolo: mayo 2018
- Elaboración del folleto informativo para las familias: abril 2018
- Comienzo de reparto del folleto de información a las familias: mayo 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0212

1. TÍTULO

CREACION E IMPLANTACION DE UN PROTOCOLO DE ACTUACION MULTIDISCIPLINAR PARA LA PREVENCIÓN DEL DELIRIO EN EL PACIENTE CRITICO EN UCI

- Sesiones de formación y concienciación para el personal de la unidad y presentación del protocolo: mayo - junio 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
COSCUJUELA ROMAN ELIA
SANZ BERROY ASCENSION
ALBAS MAZA RAUL
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del Hospital.

Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardiaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.

2º. Presentación de dicho protocolo.

Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajador de cada área del hospital.

3º. Cursos de actualización de RCP.

Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo del año 2018 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.

4º. Cursos de simulacros reales.

Realizamos también varios simulacros reales por las plantas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.

5º. Modificación de la medicación y material del carro de paros.

Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar de medicación, o pérdidas de tiempo buscando material.

Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.

Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro, y su distribución.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada persona cuando atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.

2º. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carro de paros.

3º. Hemos conseguido que un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.

4º. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.

5º. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con mayor seguridad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.

Nos queda a lo largo de este segundo año de proyecto, la recogida de datos para poder demostrar todos los objetivos pendientes, pretendiendo una detección más precoz del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, una desfibrilación más temprana, una disminución de los tiempos de actuación y una mayor supervivencia.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

*** ===== Resumen del proyecto 2018/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL
PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA
COSCUJUELA ROMAN ELIA
SANZ SERROY ASCENSION
ALBAS MAZA RAUL
NOGUES GARCIA LAIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1°. Reunión de los miembros del grupo para decidir modificaciones del protocolo actual de RCP en base a las nuevas guías y recursos del hospital.

Durante los primeros meses desde el inicio del proyecto, procedimos a reunirnos en varias ocasiones para revisar atentamente cual era el protocolo actual de actuación ante una parada cardíaca a nivel intrahospitalario, y cuales eran los puntos a modificar, o bien porque estaban ya obsoletos o porque quedaban confusos.

2°. Presentación de dicho protocolo.

Una vez elaborado el nuevo protocolo de actuación, procedimos a presentarlo y explicar los nuevos cambios al personal trabajador de cada área del hospital.

3°. Cursos de actualización de RCP.

Se realizaron varios cursos de RCP básica, instrumentalizada y avanzada a lo largo de los años 2018 y 2019 para, además de refrescar conocimientos, presentar de nuevo el nuevo protocolo elaborado para nuestro hospital, para llegar al mayor número de trabajadores posible.

4°. Cursos de simulacros reales.

Realizamos también varios simulacros reales por todas las plantas y áreas del hospital, para que todo el personal pudiera familiarizarse de la manera más real posible con el nuevo protocolo elaborado.

5°. Modificación de la medicación y material del carro de paros.

Uno de los grandes problemas con el que nos encontramos cuando atendemos una parada intrahospitalaria es que cada carro de paros está configurado de una manera diferente, tanto a nivel de medicación como de material. Además, muchas de las ampollas de fármacos son similares y están ubicadas en lugares cercanos. Todo esto da lugar a equivocaciones a la hora de administrar la medicación, o pérdidas de tiempo buscando material. Por ello decidimos unificar todos los carros del hospital.

Para ello, procedimos a reunirnos con las supervisoras de cada planta, las cuales nos transmitieron sus opiniones y nos hicieron llegar cuales eran los principales problemas a los que se enfrentaba su personal. De esta manera y de forma conjunta, se llegó a un acuerdo sobre cual era la medicación y material que debía constar en cada carro y su distribución.

6°. Elaborar unas tablas de recogidas de datos de todas las paradas cardiorrespiratorias del hospital para poder comparar y certificar las mejoras conseguidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1°. Hemos obtenido un nuevo protocolo de parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria, más simplificado y de mayor claridad, en el cual queda perfectamente reflejado cual es la misión de cada profesional que atiende un paro en el hospital. Así conseguimos una mejor detección del paciente en riesgo de parada cardiorrespiratoria, quedando claramente definida la cadena de supervivencia y el papel a seguir de cada miembro del grupo de RCP.

2°. Obtención de un nuevo protocolo de PCR adaptado a nuestro hospital, el cual queda ubicado de manera esquemática y plastificado en cada uno de los carros de paros.

3°. Hemos conseguido que, a lo largo de estos 2 años, un gran número de trabajadores de nuestro hospital se apunten y realicen de forma completa y satisfactoria a alguno de los varios cursos impartidos de RCP tanto básica como instrumentalizada y avanzada en los cuales, además de explicar los conocimientos propios de este tipo de cursos, presentábamos el nuevo protocolo de actuación adaptado a las características de nuestro hospital.

4°. Con los cursos de simulacros reales realizados, conseguimos que todo el personal supiera enfrentarse a una situación lo más real posible de parada cardiorrespiratoria en una planta. De esta manera, comenzaron a familiarizarse con el protocolo elaborado, quedando claros todos los conceptos y el papel de cada uno ante una situación de emergencia.

5°. Se han conseguido unificar todos los carros de paros del hospital, tanto a nivel de medicación como de material y ubicación del mismo. De esta forma, se reduce la yatrogenia de manera considerable.

6°. Al quedar, con todo lo realizado previamente, más claros todos los conceptos de actuación, hemos conseguido que el personal que atiende una parada cardiorrespiratoria intrahospitalaria lo haga con mayor rapidez y seguridad, disminuyendo con ello los errores más frecuentes.

7°. A su vez, se han conseguido disminuir los tiempos de actuación, lográndose los objetivos de los primeros cuatro minutos de un paro, incluyendo la monitorización correcta, canulación de vías venosas, realización de masaje cardíaco y ventilación e incluso administración de primera adrenalina o primera descarga eléctrica en dependencia del tipo de parada que presente el paciente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Gracias a todo el trabajo realizado a lo largo de los años 2018 y 2019, hemos conseguido una mejor atención al paciente en parada cardiorrespiratoria, con una considerable disminución de los tiempos de actuación y una mayor seguridad y efectividad de los miembros que la atienden por tener más claros los conceptos y su papel a desarrollar.

Por otra parte seguiremos con la recogida de datos para, en un futuro, poder comparar y certificar esta mejoría; seguiremos revisando y actualizando los protocolos en función de las novedades que se presenten y continuaremos impartiendo los cursos de RCP y simulacros reales para mantener activos los conocimientos del personal y ampliarlos a aquellos nuevos trabajadores que comiencen en nuestro hospital.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/351 ===== ***

Nº de registro: 0351

Título
CIRCUITO DE ASISTENCIA INTEGRAL A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

Autores:
LOPEZ GONZALEZ ISABEL MARIA, GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, HIDALGO SANCHEZ JOSE RAUL, PLANA FREIXANET MARIA ANTONIA, COSCUJUELA ROMAN ELIA, SANZ BERROY ASCENSION, ALBAS MAZA RAUL, NOGUES GARCIA LAIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Parada Cardiorrespiratoria reanimable
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos: Formación

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública. Se estima que en España cada año son susceptibles de RCP entre un 0,4-2% de los ingresados. Hasta un 50% de las PCR hospitalarias ocurren fuera de las áreas de críticos.

RESULTADOS ESPERADOS
- Disminuir la mortalidad y morbilidad que genera la PCR intrahospitalaria.
- Plan de formación de protocolos de RCP y Soporte Vital en los equipos sanitarios y no sanitarios del hospital que puedan actuar como primer intervinientes.
- Detección de pacientes en riesgo de PCR y su prevención
- Definir la cadena de supervivencia y protocolo de asistencia integral.
- Estrategias favorecedoras la desfibrilación temprana

MÉTODO
- Programas de formación de SVB, SBA y SVB Instrumentalizado.
- Talleres de uso y manejo de los monitores-desfibriladores en cada campo asistencial.
- Revisión de material del carro de paradas así como las tomas de oxígeno y aspiración adecuadas.
- Unificar protocolos de actuación intrahospitalario ante una situación de PCR
- Reunir en un listado unificado del material necesario para la asistencia de la PCR y soporte vital.

INDICADORES
- Nº episodios PCR
- Nº exitus / Nº episodios PCR
- Tiempo hasta la desfibrilación en ritmo desfibrilables
- Tiempo en recibir SVA tras activación de equipo de emergencias (intensivista de guardia + DUE de medicina intensiva)
- Nº pacientes con recuperación de la circulación espontánea / Nº episodios PCR

DURACIÓN
Desde el 1 Mayo de 2018 hasta el 1 de Diciembre de 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0351

1. TÍTULO

CIRCUITO DE ASISTENCIA A LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA INTRAHOSPITALARIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0170

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO

Fecha de entrada: 09/01/2020

2. RESPONSABLE MONICA ZAMORA ELSON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS
GARCES CAMPO BEGOÑA
ALEGRE CASTRO MARCOS
PIQUERO BERNAD VANESA
SIERRA MARTIN BEATRIZ
SANZ BERROY ASCENSION
PIRLA SOLDEVILLA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Determinar que pacientes van a precisar soporte nutricional
- En estos pacientes, extraer analítica de sangre y orina (perfil nutricional) dos veces por semana y pasar los datos al programa informático
- Según los datos obtenidos (tipo de nutrición y velocidad a la que se debe administrar), se aplica al tratamiento del paciente
- Se modifica según los datos obtenidos en las dos revisiones realizadas cada semana
- Vigilancia de posibles complicaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Creación programa informático mediante la hoja de calculo OPEN OFFICE 4 de código abierto, que incluye:-
- Datos demográficos
- Escalas de gravedad al ingreso: SOFA, APACHE y SAPSII
- Valoración nutricional al ingreso, riesgo de desnutrición: Peso, altura, índice de masa corporal, CONUT, NutricScore
- Datos analíticos
- Cálculo de requerimientos mediante fórmulas recomendadas en las Guías Nutricionales del GTMYN
- En el programa se incluyen los diferentes tipos de nutrición, tanto enteral como parenteral, de las que disponemos en el Hospital
- Con los datos introducidos, el programa calcula los requerimientos nutricionales: tipo de nutrición, cantidad y velocidad que se debe administrar.
Se ha realizado 2 mese de prueba del programa informático, con resultados satisfactorios.
Se va a implantar en la unidad en uso habitual de dicha herramienta, que quedará incluida en un acceso directo en el programa de gestión de la UCI. Dicha información, quedará en el servidor de la UCI MIV.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Queda pendiente realizar sesiones formativas a los facultativos especialista de área para su uso habitual. Va a ser incluido dicha herramienta en el protocolo de nutrición que se va a actualizar en el servicio durante el año 2020.

7. OBSERVACIONES.
El principal problema es que se inició el proyecto con la hoja de cálculo de código abierto de Libreoffice, y se tuvo que ajustar las fórmulas de cálculo para hacerlo compatible en OpenOffice, pues en el SALUD, no esta admitida esta herramienta.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/170 ===== ***

Nº de registro: 0170

Título
DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO

Autores:
ZAMORA ELSON MONICA, GARCIA RONQUILLO JUAN CARLOS, GARCES CAMPO BEGOÑA, ALEGRE CASTRO MARCOS, PIQUERO BERNAD VANESA, SIERRA MARTIN BEATRIZ, SANZ BERROY ASCENSION, PIRLA SOLDEVILLA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0170

1. TÍTULO

DIGITALIZACION DE LA VALORACION Y PRESCRIPCION DE NUTRICION ARTIFICIAL EN EL PACIENTE CRITICO

Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología que por su gravedad necesite ingreso en UCI y soporte nutricional
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad en los pacientes que precisen nutrición artificial (Nutrición enteral o parenteral), de una herramienta que nos ayude a calcular los requerimientos energéticos y de nutrientes, para optimizar el tipo de nutrición y la cantidad que se debe administrar.
Se procederá a la Creación de un programa informático utilizando una hoja de cálculo que incluya datos demográficos, analíticos y fórmulas de cálculo nutricional según las últimas "Recomendaciones para el tratamiento nutricional especializado del paciente crítico" del Grupo de trabajo de Metabolismo y Nutrición de la SEMICYUC (Actualización año 2018)
La población diana son los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados intensivos que precisan nutrición artificial

RESULTADOS ESPERADOS

Valorar al ingreso el estado nutricional de los pacientes y si existe indicación de nutrición artificial
- Creación de un programa informático utilizando una hoja de cálculo que recoga:
- Datos demográficos
- Escalas de gravedad al ingreso: SOFA, APACHE y SAPSII
- Valoración nutricional al ingreso, riesgo de desnutrición: Peso, altura, índice de masa corporal, CONUT, NutricScore
- Datos analíticos
- Cálculo de requerimientos mediante fórmulas recomendadas en las Guías Nutricionales del GTMYN
- En el programa se incluyen los diferentes tipos de nutrición, tanto enteral como parenteral, de las que disponemos en el Hospital
- Con los datos introducidos, el programa calcula los requerimientos nutricionales: tipo de nutrición, cantidad y velocidad que se debe administrar
- Realizar un seguimiento semanal (2 veces por semana), con extracción de nueva analítica de sangre y orina con datos nutricionales para valorar si se debe modificar la nutrición prescrita según la evolución del paciente.

MÉTODO

- Realizar valoración nutricional al ingreso en UCI
- Determinar que pacientes van a precisar soporte nutricional
- En estos pacientes, extraer analítica de sangre y orina (perfil nutricional) dos veces por semana y pasar los datos al programa informático
- Según los datos obtenidos (tipo de nutrición y velocidad a la que se debe administrar), se aplica al tratamiento del paciente
- Se modifica según los datos obtenidos en las dos revisiones realizadas cada semana
- Vigilancia de posibles complicaciones

INDICADORES

Los datos se recogen en un hoja de calculo, que permite ver los datos actuales introducidos y los datos anteriores.

DURACIÓN

Es un proyecto de inicio. Durante este año se creará la hoja de cálculo y se empezarán a recoger los primeros datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0422

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAción DE ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Fecha de entrada: 14/01/2020

2. RESPONSABLE ISABEL GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
MARTINEZ TRIVEZ PILAR
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GAVIN BERCERO JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1º. Elaboración de un algoritmo de toma de decisiones.

Durante los primeros meses del año 2019, se elaboró un algoritmo cuya finalidad es facilitar al médico responsable la toma de decisión respecto a la valoración de reanimación cardiopulmonar de su paciente. Dichas decisiones se tomarán de forma conjunta con el paciente, o sus familiares en caso de incapacidad del mismo, tras una correcta explicación de la situación en cada momento respecto a la enfermedad y su pronóstico. Dada que la evolución, diagnóstico y pronóstico de la enfermedad puede variar a lo largo del ingreso, dicha valoración deberá realizarse de forma periódica semanal desde el ingreso.

2º. Presentación de dicho algoritmo.

Se ha procedido a presentar este algoritmo a todos y cada uno de los servicios médicos y quirúrgicos del hospital, empezando por los jefes y ampliándolo al resto de facultativos.

3º. Se ha modificado y mejorado dicho algoritmo de forma conjunta, cambiando aquellos puntos que podían resultar confusos.

4º. Se ha conseguido la colaboración de la práctica totalidad de los servicios y secciones tanto médicas como quirúrgicas del hospital.

5º. Se han excluido de este protocolo los servicios de Ginecología y Obstetricia y Pediatría, por no considerarlo apropiado ya que por la edad y características de los pacientes que ingresan en estos servicios son candidatos a todo tipo de medidas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º. Se ha conseguido elaborar un algoritmo de toma de decisiones sencillo y práctico, al gusto de la casi totalidad de los médicos que van a colaborar en este proyecto.

2º. A su vez, hemos conseguido que los médicos responsables de cada paciente ingresado en el hospital (a excepción de Ginecología y Pediatría) colaboren en este proyecto, facilitando así la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en ese momento concreto.

3º. Que aquellos pacientes que, en ausencia de enfermedad en fase terminal o deterioro cognitivo, puedan participar en decidir de forma conjunta con su médico habitual, las medidas que se les realicen ante posibles complicaciones derivadas de su enfermedad.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Debido a que en los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental deteriorado, edad y/o patología de base se encuentran en una fase final de su enfermedad, creíamos muy necesario la elaboración de un proyecto que facilitara la toma de decisiones en situaciones de gravedad y urgencia.

Durante el año 2020, procederemos al reparto del algoritmo por todos los servicios médicos y quirúrgicos del hospital (a excepción de Ginecología y Pediatría) y a la recogida de datos para corroborar los objetivos alcanzados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/422 ===== ***

Nº de registro: 0422

Título
ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAción DE ORDENES DE NO REANIMACION CARDIOPULMONAR

Autores:
GARRIDO RAMIREZ DE ARELLANO ISABEL, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, MARTINEZ TRIVEZ PILAR, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0422

1. TÍTULO

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CONSTATAción DE ÓRDENES DE NO REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

BAGÜESTE MORAN PATRICIA, GAVIN BERCERO JOSE MANUEL, MILLAN GARCIA JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Cualquier patología crónica
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los hospitales ingresan muchos pacientes que bien por su situación clínica evolucionada, estado mental deteriorado, edad y/o patología de base se encuentran en una fase final de su enfermedad y, por lo tanto, con posibilidades de fallecimiento. Es esencial identificar a aquellos pacientes en los cuales el cese de la respiración y el latido cardiaco son hechos terminales y en los cuales no debe intentarse ni realizarse la reanimación, para diferenciarlos de aquellos en que la parada cardiorrespiratoria (PCR) es inesperada en el transcurso de un proceso recuperable y en los cuales debe hacerse todo lo posible para remontar la PCR.

RESULTADOS ESPERADOS

- Que cada paciente ingresado en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología) sea valorado como candidato o no a maniobras de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas, en caso que la evolución clínica del proceso haga plantear su utilización.
- Facilitar la toma de decisiones en situaciones de urgencia a los profesionales implicados en la valoración rápida y urgente del paciente en ese momento concreto.
- Que aquellos pacientes que, en ausencia de enfermerad en fase terminal o deterioro cognitivo, puedan participar en decidir de forma conjunta con su médico habitual, las medidas que se les realicen ante posibles complicaciones derivadas de su enfermedad.

MÉTODO

- Realizar una hoja de toma de decisiones en la cual quedará reflejada si el paciente es candidato o no a medidas de reanimación cardiopulmonar o medidas invadidas.
- Dicha hoja se ubicará en la historia de dicho paciente, en un lugar visible y de fácil localización.
- Se deberá rellenar al ingreso y, posteriormente, cada siete días o si la situación clínica del paciente se modifica de forma considerable (evolución favorable o desfavorable).

INDICADORES

- N° pacientes con el formulario rellenado / N° pacientes ingresados en el hospital (exceptuando pediatría y ginecología).
- N° pacientes que, con orden de no RCP, llaman a UCI ante situación de parada cardiorrespiratoria.

DURACIÓN

1 abril de 2019 hasta 31 de diciembre 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 - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE ALICIA CAMPO SIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTENSIVA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CALLEJAS ESCARTIN ESTHER
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
PALACIN BUISAN NATIVIDAD
LISA LOPEZ MARIA VICTORIA
MENDIARA BERBIELA YOLANDA
PERA SEIJO IZARBE
TRUCO MARRO IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado la revisión bibliográfica por parte de los miembros del equipo de mejora con la posterior puesta en común.

También se hicieron varias reuniones para decidir cuáles son los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio: Características demográficas del paciente, factores de riesgo intrínsecos y extrínsecos, factores iatrogénicos, medidas preventivas adoptadas, descripción de UPP aparecidas en la unidad Etc.

Se ha elaborado el formulario de ayuda en la cumplimentación del registro informático para unificar los criterios en la recogida y registro de los datos a estudiar, describiendo cada ítem y el modo de registro en la hoja Excel. Intentamos reducir así al mínimo posible la variabilidad inter-observador, realizando después una reunión para aclarar dudas.

Se ha elaborado la hoja Excel para la recogida de datos.

Solicitamos y recibimos la autorización para realizar el estudio por parte de la dirección del hospital.

Durante este periodo se ha realizado la actualización del programa informático de la unidad Centricity Critical Care a una nueva versión, que iba a ser al principio del año 2019 y al final se realizó durante el mes de noviembre.

Realizamos una última reunión para acabar de concretar los aspectos relacionados con la recogida de datos y últimas dudas. Se decidió que el riesgo nutricional (CONUT) se recogiera por un único investigador para evitar sesgos y se han repartido los pacientes por investigadores.

Hasta el momento hemos recogido más del 50% de los datos y tenemos previsto acabar la recogida de datos durante el mes de febrero - marzo.

Revisión de los resultados obtenidos mediante el paquete estadístico SPSS, durante los meses de abril y mayo.

Tras lo cual haremos otra reunión del equipo para el análisis de los resultados obtenidos y la valoración de las posibles medidas de mejora que pudieran adoptarse. Posteriormente realizaremos la difusión de los resultados y las nuevas acciones de mejora a implementar en la unidad, mediante una sesión informativa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento tenemos recogidos mas del 50% de los datos por lo que aún no disponemos de resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Estamos pendientes de finalizar con de la recogida de los datos y su posterior análisis para poder llegar a alguna conclusión y aportar las posibles recomendaciones que se puedan extraer de él.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/712 ===== ***

Nº de registro: 0712

Título
ULCERAS POR PRESION EN PACIENTES CRITICOS ¿SON INEVITABLES?

Autores:
CAMPO SIN ALICIA V, CALLEJAS ESCARTIN ESTHER, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, PALACIN BUISAN NATIVIDAD, LISA LOPEZ MARIA VICTORIA, MENDIARA BERBIELA YOLANDA, PERA SEIJO IZARBE, TRUCO MARRO IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?

Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: LESIONES POR PRESIÓN
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: SEGURIDAD DEL PACIENTE, MEJORA PRACTICA CLINICA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes críticamente enfermos requieren atención compleja en un entorno tecnológicamente sofisticado donde son altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión, el desarrollo de la lesión por presión sigue siendo un fenómeno multifactorial. Como consecuencia de la complejidad de su atención y la alta carga de la enfermedad, es lógico deducir que los pacientes de la UCI serían altamente vulnerables a las lesiones relacionadas con la presión. De hecho, la prevalencia de úlceras por presión en la población de la UCI se considera la más alta entre los pacientes hospitalizados.

Las úlceras por presión son generalmente lesiones de rápida aparición y larga, lenta y tediosa curación. Además, un buen número de factores de riesgo para su desarrollo aparecen con más frecuencia o de manera casi exclusiva en los pacientes críticos (ventilación mecánica, uso de sedantes, anestésicos y relajantes, fármacos vasoactivos, etc.)

La prevención resulta menos costosa (sobre todo para el paciente) y más eficaz que el tratamiento.

En el proceso de la prevención de las UPP, uno de los principales retos que se plantean en el futuro de las UCI es conocer cuál es la incidencia/ factores de riesgo y las actuaciones preventivas aplicadas. Este hecho es apoyado por el fracaso de las escalas de riesgo de UPP (Braden, Norton, etc.) que, utilizadas en la población general hospitalaria, han demostrado escasa capacidad discriminativa en enfermos críticos.

La mayoría de los trabajos que estudian cuál es la incidencia de la UPP en la UCI no relacionan los factores de riesgo y patología con los cuidados recibidos.

Un nuestra unidad el seguimiento que se realiza es de prevalencia de las UPP según escala de Norton mayor o igual a 14.

Por lo que queremos orientar nuestro esfuerzo a intentar primero identificar los factores de riesgo más prevalentes en nuestra unidad, minimizar dichos factores, si es posible, y aplicar las medidas de prevención y los cuidados de enfermería óptimos. Conocer mejor tanto de los factores de riesgo, las medidas de prevención, cuidados aplicados y los resultados obtenidos ayudarán a mejorar nuestros conocimientos, actitudes y estrategias preventivas respecto a las UPP en UCI, y así poder confirmar, si es posible, la incidencia cero de UPP en UCI o en su defecto reducir al mínimo su presencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer la frecuencia de UPP nosocomiales generadas en nuestra unidad

Conocer los factores de riesgo que más influyen en la aparición de las UPP en nuestra unidad

Describir el riesgo de aparición de las úlceras por presión en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados críticos, con relación al tiempo de medición y estadio evolutivo

MÉTODO

El estudio se realizara en la UCI del hospital de Barbastro, disponemos de 6 camas polivalentes, los datos se obtendrán de los registros informatizados que dispone la unidad, Centricity Critical Care y el equipo de mejora será el encargado de su realización. Se tratara de un estudio descriptivo prospectivo.

La población a estudio serán todos los pacientes ingresados en la unidad durante el año 2019.

Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.

Reunión de los miembros del equipo de mejora para la puesta en común y determinar los datos susceptibles de ser incluidos en nuestro estudio:

Características demográficas / del paciente,

Factores intrínsecos y extrínsecos,

Factores iatrogénicos

Medidas preventivas adoptadas. Etc.

Elaborar formulario de registro informático para la recogida de datos y posterior análisis informático.

Inicio de la recogida de datos a partir del mes de junio - julio.

Revisión de los resultados obtenidos y valoración de las posibles medidas de mejoras que pudieran adoptarse.

Sesión informativa de los resultados obtenidos en la unidad.

Implementación de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

Número de pacientes con norton < 14 que han desarrollado LPP habiéndose aplicado medidas preventivas

% pacientes que presentan dos o más UPP /total de pacientes ingresados

% de pacientes con UPP debidas a dispositivos sobre total UPP

% de UPP en pacientes en relación al uso de drogas vasoactivas, imposibilidad de movilización y estado nutricional.

DURACIÓN

Revisión bibliográfica, durante el mes de marzo 2019 por los miembros de equipo de mejora.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0712

1. TÍTULO

ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTES CRÍTICOS ¿SON INEVITABLES?

Reunión de los miembros del equipo de mejora para determinar los datos a incluir en nuestro estudio. Durante el mes de abril.
Elaborar formulario de registro informático. Mes de mayo, coordinador del proyecto de mejora.
Reunión enfermeras para unificar criterios en la recogida de datos. junio.
Inicio de la recogida de datos mes de junio equipo de mejora.
Revisión de los resultados obtenidos fecha a determinar. Estudio de las posibles medidas de mejora. Equipo de mejora.
Sesión informativa en la unidad. Enero 2020.
Implementación de nuevas acciones.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 28/03/2018

2. RESPONSABLE MARIA ALDONZA ANIA LAHUERTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GIRAL FERNANDEZ NURIA
ABOS MIR TERESA
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Desde el Servicio de Medicina Interna se inició en diciembre de 2015 hasta septiembre de 2016, un estudio para conocer la realidad de la alergia a betalactámicos en los pacientes ingresados en Medicina Interna. En las historias clínicas se recogen las alergias de los pacientes para evitar yatrogenias. Los antibióticos que con más frecuencia están implicados en las reacciones alérgicas son los betalactámicos que puede aparecer hasta en un 10% de los pacientes ingresados. Sin embargo, no conocemos realmente si los datos que reflejan las historias clínicas de alergias a fármacos son ciertos o se trata de errores que se perpetúan en el tiempo, o se trata de efectos adversos o no hay tal alergia. Los pacientes que ingresan en Medicina Interna tiene una probabilidad alta de requerir tratamiento antibiótico, que en ocasiones es vital por la comorbilidad asociada. Los betalactámicos, representan un arma terapéutica imprescindible en numerosas infecciones. En ocasiones se pueden sustituir por otros antibióticos. Los más utilizados son las quinolonas, pero el número de resistencias se está incrementando a nivel mundial.

Realizamos un estudio descriptivo transversal, recogiendo datos en una encuesta que se realiza a los pacientes ingresados en Medicina Interna que en su historia clínica está reflejada la alergia a penicilina.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Nuestros resultados actuales aportan los siguientes datos:

- El número de ingresos en Medicina Interna en 9 meses aproximadamente fue de 1193.
- El mayor número de pacientes atendidos están entre los 71 y 90 años, de ellos el 48% de los alérgicos a betalactámicos están entre 81-90 años.
- El 59% de los pacientes ingresados precisaron tratamiento antibiótico.
- El porcentaje de pacientes que tenemos registrados en sus historias clínicas como que son alérgicos a betalactámicos supone un 5,7% de los ingresos, 74.
- Solo el 25 % tenían pruebas de alergia realizadas. Se realizó una valoración comparativa en población joven, en concreto en la consulta de obstetricia de este hospital, con 100 pacientes. En un 5% estaba reflejado en la historia que eran alérgicas a betalactámicos y a diferencia de los datos de Medicina Interna, todas las pacientes tenían realizadas pruebas de alergia.
- De todos los pacientes registrados como alérgicos a betalactámicos el 42% no podía precisar si era alérgico, recordaba vagamente los síntomas o no los recordaba y de ellos en un 10% había sido tratado previamente con betalactámicos a pesar de constar en su historia la alergia.
- El resto de los pacientes 32% sabía que tras el tratamiento con una penicilina había presentado síntomas sugestivos de alergia y que había sido valorado por un médico.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los datos nos indican que el rango de población donde se registran más casos de alergias a betalactámicos, es el que está más predispuesto a infecciones que necesitan tratamientos antibióticos más complejos, por su comorbilidad asociada.

Según los consensos y guías clínicas hay indicación de intradermorreacción y posterior prueba de provocación en los pacientes dudosos, en concreto 55 en el estudio realizado a 9 meses. La prueba de provocación hay que realizarla en un medio hospitalario.

Esta obligación en el diagnóstico no se está realizando en el Hospital de Barbastro, que atiende a una población algo superior a 100.000 habitantes con las consecuencias en la salud y económicas que producen.

Nuestro proyecto de mejora de calidad es la implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital. El primer paso de la consulta de alergia sería realizar las pruebas que precisen los 55 pacientes que tenemos registrados como dudosos a alergia a betalactámicos hasta el mes de septiembre, continuando con la recogida de datos y aumentando la necesidad de control.

Para llevar a cabo este proyecto precisamos:

- Consulta de alergia una vez a la semana en el hospital, que se implantaría en 2017.
- Especialista en alergología..
- Enfermera concedora de la consulta de alergia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Espacio físico para pasar consulta, precisando un carro de paros y una camilla.
- Contacto con el Servicio Medicina Intensiva, que son conocedores de las pruebas de provocación.
- Contacto urgente en caso de necesidad con el busca de Medicina Interna, que en horario de 8 a 15 horas, lo lleva un internista.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/176 ===== ***

Nº de registro: 0176

Título
NECESIDAD DE IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO. CONTINUIDAD DEL PROYECTO PARA CONOCER LA REALIDAD DE LA ALERGIA A BETA LACTÁMICOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Autores:
ANIA LAHUERTA MARIA ALDONZA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, ABOS MIR TERESA, CASTELLAR OTIN ELENA, ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La literatura médica publica que sólo el 10% de los pacientes que en su historia clínica está reflejado que son alérgicos a penicilina, lo son en realidad. Este error en el fondo y en la forma debería cambiar en la práctica clínica diaria, por considerarse que es una información importante que aparece en la primera línea de nuestros informes y que puede modificar nuestra praxis a la hora sobretodo del tratamiento. Esta es la razón por la que en el año 2015 iniciamos un proyecto de calidad para conocer la realidad de este problema en pacientes hospitalizados en la planta de Medicina Interna en el Hospital de Barbastro. A día de hoy, llevamos nueve meses recogiendo datos. Precisamos continuar con este proyecto para ampliar los resultados obtenidos hasta ahora y justificar la necesidad de disponer de una consulta de Alergias en nuestro centro hospitalario.

RESULTADOS ESPERADOS

Realizamos un estudio descriptivo transversal valorando la alergia a betalactámicos que está reflejada en la historia clínica, de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de Barbastro, entre los meses de diciembre de 2015 y septiembre de 2016, ambos incluidos. Utilizamos una encuesta compuesta de 5 apartados con preguntas formuladas al paciente o familiares. Además, hemos realizado una valoración del porcentaje de pacientes obstétricas que acuden a consultas y que eran alérgicas a la penicilina. Los resultados obtenidos hasta ahora indican que en nuestras historias clínicas hay un 7% de pacientes que tienen reflejado que son alérgicos a los betalactámicos. Que el rango de edad de la mayoría de estos pacientes está entre 71 y 90 años que representa la población con más comorbilidades. El porcentaje de pacientes que tienen realizadas prueba de alergia es de 28%. El porcentaje de pacientes que no recuerdan ni signos ni síntomas de reacción alérgica representa el 42% sin poder precisar el fármaco administrado. En las pacientes embarazadas un 5% presentaban alergia a la penicilina. Todas habían sido valoradas por un alergólogo.

MÉTODO

Lo que nosotros observamos hasta ahora es que en un porcentaje muy elevado de pacientes no está confirmada la alergia a los betalactámicos, no pudiéndose utilizar un arma terapéutica, que en algunas patologías puede tener unas consecuencias fatales. Al tratarse de pacientes con edades avanzadas, la comprobación de la alergia requiere la realización de pruebas de provocación por un alergólogo. Valoramos la necesidad de disponer al menos en cada hospital de una consulta de alergias para valoración de los pacientes que lo precisen tras ser dados de alta hospitalaria.

INDICADORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0176

1. TÍTULO

PROYECTO PARA IMPLANTAR UNA CONSULTA DE ALERGIA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

- Continuar con la recogida de datos para cumplir más de 12 meses.
- Justificar la necesidad de implantación de una consulta de alergia en nuestro hospital.
- Seleccionar a los pacientes que se beneficiarían de pruebas de provocación alérgicas para verificar la realidad de la alergia a los betalactámicos.

DURACIÓN

- Continuar sin interrupción con la amnesis y recogida de datos.
- Poner en marcha antes de finalizar 2016 la consulta de alergia.
- Comprobar el beneficio de la consulta a los 6 meses de actividad para solicitar una continuidad.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2018/0062

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Fecha de entrada: 29/01/2019

2. RESPONSABLE MARIA PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PEYRET FERRER INMACULADA
BUIL CORONAS SONIA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
ZUERAS BERNAD TERESA
DOMPER BUIL ASUN
ABAD RUIZ ALODIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
FEBRERO DEL 2018 EVALUACIÓN
Se detecta un error en la recogida de datos que podría originar sesgo en la evaluación (como solo había una persona responsable de la recogida de datos, cuando está no estaba dejaba de registrarse alguna sujeción)
-Realización de una hoja de recogida de datos para todo el personal de la unidad y así evitar sesgos.
-Modificación de la hoja de registro añadiendo un item nuevo "Cuando no exista supervisión familiar" Este nuevo item se añadirá tanto en la hoja de enfermería como en la de indicación médica.
En presencia de la familia, se retiraban la sujeciones volviéndolas a colocar cuando el paciente dejaba de estar supervisado de forma constante por el familiar, sin que previamente se hubiesen suspendido. De esta manera quedará reflejada la retirada esporádica de la sujeción.
MAYO DEL 2018
Se retrasa la Evaluación final por no haber suficientes casos para la evaluación, no llegando a 30 casos iniciales de la preevaluación. (muestra considerada representativa de inicio).
Esta modificación de los items se llevará a cabo tras la evaluación final y la exposición en una sesión informativa al resto de unidades.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Noviembre del 2018 EVALUACIÓN REAL FINAL
Se detecta otro nuevo error, para la realización de los cambios posturales, se debe utilizar el cinturón abdominal aunque no lo precisara de inicio en la contención

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN 2019 Se hará sesión informativa y posterior implementación al resto de unidades y modificaciones de items. No se pone fecha de implementación en otras unidades a expensas de la introducción de esta documentación en la historia clínica electrónica y la puesta en marcha de ella.
Se presta la documentación que estamos utilizando actualmente, al equipo de registro enfermero de la HCE.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/62 ===== ***

Nº de registro: 0062

Título
IMPLEMENTACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA, DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA Y CENTROS ASISTENCIALES SOCIALES Y SANITARIOS"

Autores:
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR, PEYRET FERRER INMACULADA, BUIL CORONAS SONIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, ZUERAS BERNAD TERESA, DOMPER BUIL ASUNCION, ABAD RUIZ ALODIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0062

1. TÍTULO

IMPLEMETACION DEL "PROTOCOLO DE SUJECION FISICA DE APLICACION EN ATENCION DOMICILIARIA, CENTROS ASISTENCIALES, SOCIALES Y SANITARIOS"

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Necesidad de regular y controlar la indicación y cuidados de las sujeciones físicas .
Debido a las características demográficas de nuestra comunidad Demanda de los profesionales, preocupación sanitaria y responsabilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

REGULAR EL USO DE LAS SUJECIONES FÍSICAS EN NUESTRO CENTRO HOPITALARIO PARA PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS. (Transtorno del comportamiento que puede producir daño o lesión a sí mismo, a otras personas o en el entorno)

MÉTODO

Revisión de protocolos de Sujeciones Físicas
Difusión del protocolo y la implementación del mismo
Elaboración de hojas de registro de indicación y cuidados
Recogida de datos pre-implementación o post.
Curso de formación del personal
Difusión de las medidas adoptar y puesta en marcha
Implementación del protocolo
Evaluación del protocolo
El número de reuniones previsibles anuales de todo el equipo serán 4

INDICADORES

Fórmula:
Nº de pacientes con sujeciones y consentimiento informado
indicación médica y hojas de cuidados enfermeros _____ X 100
Nº de pacientes con sujeciones
Fuente de datos :
Registro de personal asistencial
Estándar 90%

DURACIÓN

Duración 3 años y medio
Inicio abril del 2015
Fin noviembre 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 - 2018/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA BOLEA LADERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
CASTELLAR OTIN ELENA
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
PARDINA GARCIA ANA CRISTINA
NASARRE CANCER INES
BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han recapitulado entre el 1 de junio y el 31 de diciembre del 2018 un total de 89 pacientes que han mantenido seguimiento periódico por la unidad y en los cuales se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico habitual en su totalidad. En 65 de estos pacientes se ha realizado alguna modificación en su tratamiento a lo largo de su seguimiento de forma sustancial (retirada de fármacos o sustitución de un fármaco por otro), no se han tenido en cuenta de cara al proyecto por el momento un ajuste en la dosis o la sustitución de un principio activo por otro de una misma familia. Hasta el momento, el grupo de fármacos más afectado ha sido los antiagregantes/anticoagulantes, encontrando frecuentemente su asociación en gran cantidad de pacientes y habiendo procedido a su revisión en cuanto a su indicación en el momento actual. Otro grupo de fármacos que se ha visto afectado de forma contundente ha sido el de los hipolipemiantes, muy prescritos en el día a día y que por el perfil del paciente de la unidad nos hemos visto obligados a revisar la conveniencia en cuanto a su prescripción en el momento actual, a menudo con su retirada total ante la ausencia de beneficio en el momento actual de la vida del paciente. Por último, el grupo de psicofármacos también ha representado un punto importante, observando una alta prescripción, especialmente en los pacientes institucionalizados.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Según el apartado anterior, se ha retirado el tratamiento hipolipemiante en casi el 20% de los pacientes que se encontraban con este tratamiento (67 pacientes en total en tratamiento fundamentalmente con estatinas), no habiendo observado efectos secundarios en ninguno de los casos. Para su retirada se han tenido en cuenta la edad (superior a 85 años), parámetros nutricionales y motivo de prescripción (tratamiento de dislipemia primaria o como prevención secundaria tras un evento agudo cardiovascular). En cuanto al tratamiento antiagregante/anticoagulante, en 2 casos se ha observado que se encontraban en tratamiento anticoagulante durante más de 12 meses por un embolismo pulmonar, por lo que se ha procedido a su retirada. No se ha observado efectos secundarios o recurrencia de un cuadro tromboembólico por el momento. En otros 2 casos fue necesaria la retirada definitiva de tratamiento anticoagulante como prevención de ictus cardioembólico ante la recurrencia de episodios de hemorragia mayor, por el momento tampoco se han evidenciado consecuencias de estas actuaciones. Y por último, en cuanto a los psicofármacos, en 14 de estos pacientes se han modificado su tratamiento habitual prestando especial atención a las benzodiacepinas, encaminando nuestra actuación hacia su suspensión definitiva y optando hacia otro grupo de fármacos. Así mismo, se ha intentado una simplificación del tratamiento farmacológico intentando prescindir de aquellos que por la situación vital del paciente, por la ausencia de beneficio demostrado o por la presencia de efectos secundarios menores, no se oportuno su continuidad. Con respecto a todas estas acciones, han quedado reflejadas en su historia clínica y han sido informados los pacientes y su cuidador principal de forma escrita y verbal, informado de posibles efectos secundarios o de rebote tras su retirada. Se ha observado en global una buena acogida por parte de los pacientes y familiares, que ven muy positivo la simplificación de su tratamiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente observar la evolución a lo largo de los próximos 6 meses y ampliar la captura de pacientes que mantengan seguimiento en la unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/300 ===== ***

Nº de registro: 0300

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
BOLEA LADERAS LAURA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, PARDINA GARCIA ANA CRISTINA, NASARRE CANCER INES, BALLABRIGA GONZALEZ VIRGINIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El paciente crónico complejo (PCC) es un paciente con múltiples enfermedades crónicas, que presenta frecuentes agudizaciones y descompensaciones de las mismas, lo que genera un alto consumo de recursos asistenciales (numerosas visitas a su centro de Atención Primaria y/o Servicios de Urgencias, ingresos hospitalarios, realización de pruebas complementarias y polifarmacia). La medicación se considera la primera causa de reacciones adversas derivadas de la asistencia sanitaria, por lo que podría ser adecuado plantear una revisión de la situación enfocada hacia el paciente crónico complejo, que por sus características, puede tratarse de un grupo muy vulnerable en este sentido y por tanto, beneficiarse ampliamente de esta atención. El desarrollo reciente de la Unidad del Crónico Complejo (UCC) en el Hospital de Barbastro pone de manifiesto esta realidad, habiendo detectado con frecuencia diversas situaciones (reacciones adversas a medicamentos, cambios en los objetivos terapéuticos, ausencia de efectividad del tratamiento etc) que hacen necesario un análisis objetivo.

RESULTADOS ESPERADOS
Se realizará una revisión clínica de la medicación a cada uno de los pacientes que realicen seguimiento por la unidad, con al menos 2 o más consultas realizadas en la misma. Esta revisión consistirá en verificar la indicación de cada fármaco en relación con las patologías que tiene el paciente, su adecuación (por edad o condiciones clínicas como la insuficiencia renal) y en la detección de reacciones adversas, todo ello con la finalidad de decidir si es necesario continuar o retirar alguno de estos medicamentos (desprescripción). Además del juicio clínico, se empleará como herramienta explícita los criterios STOPP (Criterios STOPP-STAR). El objetivo principal será el de mejorar la seguridad del paciente crónico complejo mediante la suspensión de medicación que no necesite así como la detección y resolución de reacciones adversas. Otros objetivos serán los de mejorar la adherencia al tratamiento y su calidad de vida.

MÉTODO
Se realizará en la consulta de la unidad ubicada en la 4ª planta izquierda donde a partir de la 2ª consulta, se realizará una revisión clínica de la medicación y detección de posibles reacciones adversas, priorizando

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0300

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL MANEJO DE LA MEDICACION EN EL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

la retirada de medicamentos sospechosos de haber ocasionado la reacción adversa o ya no estén indicados. Se elaborará un informe escrito que se facilitará al paciente y/o cuidador principal además de la explicación verbal de los motivos por los que se suspende y los posibles efectos adversos derivados de su suspensión, procurando resolver las dudas que puedan aparecer de esta acción. En las siguientes visitas, se evaluará la situación clínica del paciente con el fin de detectar problemas derivados de su suspensión como un efecto rebote, la reaparición de la enfermedad subyacente o un síndrome de retirada.

INDICADORES

- Porcentaje de pacientes atendidos en la Unidad en los que se ha realizado una revisión de su tratamiento farmacológico con aplicación de los criterios STOPP.
- Porcentaje de pacientes en los que se ha realizado modificación de su tratamiento farmacológico habitual.
- Porcentaje de pacientes en los que se han detectado la aparición de problemas derivados de la modificación de tratamiento.
- Se elaborará un informe que contenga los resultados de los indicadores previamente expuestos y además, los grupos de fármacos que más frecuentemente han motivado su modificación/suspensión

DURACIÓN

Inicio el 1 de junio del 2018 con duración de 1 año en total, realizando un primer subanálisis a los 6 meses del comienzo.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE PATRICIA BAGÜESTE MORAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BOLEA LADERAS LAURA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
GIRAL FERNANDEZ NURIA
CASAUS MAGAÑA PATRICIA
ESCALANTE SIERRA ASUNCION
BUIL VIÑEC RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El proyecto se inició con una reunión entre los distintos miembros del equipo que fue realizada el lunes 4 de febrero de 2019. en ella se trazó el plan a seguir con los distintos enfermos que ingresaran a cargo de medicina interna pero mas concretamente en nuestra planta (5ª izq), que son aquellos a los que todo el equipo (auxiliares y enfermería) iba a poder acceder. Se plantearon también algunos de los principales problemas: la colaboración de familiares, los pacientes que proceden de residencias o con cuidadores que en algunas ocasiones por miedo se implican menos, el inconveniente de ingresar en fin de semana: ya que en ocasiones la valoración por el medico que se vaya a hacer cargo de ese paciente tarda mas de 48h y el medico de guardia que es el que realiza la valoración inicial se implica menos. otra problemática clara es el propio paciente, muchas veces no quieren levantarse, o su propio estado de enfermedad o de afectación no lo hace posible. En la reunión también se explico el tipo de clasificación que se pretendía hacer de la población: pacientes geriátricos, ancianos frágiles y ancianos sano pero con una enfermedad aguda.

De acuerdo a esto, el resto del año se fueron recogiendo datos de pacientes. Únicamente se recogieron los datos de los pacientes que estuvieran a cargo de alguno de los médicos implicados en el proyecto, que son a los que se podía tener acceso de sus datos de forma completa y actuar sobre su tratamiento; en colaboración con la información que tanto enfermería como auxiliares nos podían proporcionar. en total se han valorado 480 pacientes. la edad media de los mismos es de 79 años. se pudo realizar una movilización precoz en el 70% de los pacientes incluidos.

Hasta ahora se han ido comunicando los resultados verbalmente entre los integrantes del grupo de trabajo, pero todavía no se ha realizado una sesión en el servicio de medicina interna explicando los resultados, pero es el próximo objetivo: hacer una sesión incluyendola dentro del ciclo de sesiones formativas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Como se venia explicando, se han analizado 480 pacientes, con una media de 79 años. El 56% estaban institucionalizados. Se ha podido realizar una movilización precoz, entendiendo como iniciar sedestación/deambulacion (según la situación tanto previa del paciente, como actual en contexto de la patología aguda) en las primeras 48h del ingreso, en el 70% de los pacientes.

Los principales motivos por los que no se ha podido realizar dicha movilización en este 30% han sido: encamamiento por inestabilidad hemodinámica, encamamiento por problemas respiratorios/cardiacos, por sedación y un pequeño porcentaje de falta de colaboración del cuidador/familiar.

La mayoría de los pacientes que se han podido movilizar eran pacientes geriátricos y ancianos sanos con una patología aguda.

Se ha observado una clara mejoría en los pacientes en los que se ha practicado la movilización precoz de forma que el 85% ha mantenido el mismo nivel de independencia/capacidad funcional que previo al ingreso un 15% ha perdido cierta capacidad funcional. Ninguno de ellos la ha mejorado. Entre los pacientes que no se han movilizado de forma precoz por distintos motivos, el 80% ha empeorado su clase funcional respecto al ingreso.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Continuaremos con dicho analisis de pacientes: Queda pendiente todavía realizar una sesión explicativa al resto del servicio para explicar los resultados y concienciar acerca de los mismos. Que el paciente tenga una mayor capacidad funcional de cara a el alta, tranquiliza mucho a las familias. Por otro lado tambien pensamos que es una forma de disminuir los dias de ingreso, son varios los que por no hacer una buena y precoz movilizacion desde el principio se ven obligados a permanecer en el hospital unos dias mas para mejorar su capacidad funcional.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/105 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Nº de registro: 0105

Título
MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

Autores:
BAGÜESTE MORAN PATRICIA, BOLEA LADERAS LAURA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CASAUS MAGAÑA PATRICIA, ESCALANTE SIERRA ASUNCION, BUIL VIÑEC RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TODO TIPO DE PATOLOGIA QUE INGRESE EN MEDICINA INTERNA
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

TRADICIONALMENTE LA MEDIDA DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE DURANTE EL INGRESO SE CENTRA EN EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA ENFERMEDAD Y EN EL TRATAMIENTO DE LA MISMA, ASÍ COMO EVITAR LA MORTALIDAD; PERO TAN IMPORTANTE COMO ESTO ES EL ESTADO FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL INGRESO. CON FRECUENCIA, Y SOBRE TODO EN PACIENTES AÑOSOS COMO SON LA MAYORÍA DE LOS QUE INGRESAN EN NUESTRO SERVICIO, PODEMOS OBSERVAR, COMO PACIENTES QUE PUEDEN SER DADOS DE ALTA HOSPITALARIA POR PRESENTAR UNA MEJORA A NIVEL CLÍNICO, PRESENTAN DIFICULTADES A NIVEL FÍSICO Y MENTAL TRAS EL INGRESO QUE GENERA UNA DESADAPTACIÓN DE SU ENTORNO PREVIO Y LA DIFICULTAD QUE ESTO GENERA TAMBIÉN PARA LA FAMILIA O PERSONAL RESPONSABLES DE SU CUIDADO. EN EL DESARROLLO DE ESTE DETERIORO FUNCIONAL INFLUYEN VARIOS FACTORES. ENTRE ELLOS: 1. LA SITUACIÓN FRÁGIL DEL ENFERMO, DEFINIDA ENTRE OTROS POR: LA EDAD, EL DETERIORO COGNITIVO Y DEPENDENCIA PREVIOS, COMORBILIDAD, POLIMEDICACIÓN, MALNUTRICIÓN..; 2. LA SEVERIDAD DE LA ENFERMEDAD POR LA QUE ESTÁ INGRESADO Y EL TIEMPO DE ESTANCIA QUE ESTA IMPLICA Y 3. PROBLEMAS A NIVEL ESTRUCTURAL/ DE DINÁMICA HOSPITALARIA (CONFINAMIENTO EN CAMA, PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ...). ESTA DIFICULTAD EN LA RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE ESTE TIPO DE PACIENTES DEBE SER MANEJADA PRECOZMENTE DURANTE EL INGRESO, CON EL OBJETIVO DE PROMOVER UNA MEJOR ADAPTACIÓN EN SU ENTORNO AL ALTA

RESULTADOS ESPERADOS

-MINIMIZAR LO POSIBLE EL DETERIORO FUNCIONAL DURANTE EL INGRESO
-MEJORAR LA CALIDAD DEL VIDA DEL PACIENTE TRAS EL INGRESO HOSPITALARIO
-CONCIENCIAR AL EQUIPO SANITARIO DE LA NECESIDAD DE LA MOVILIZACION PRECOZ Y LOS BENEFICIOS DE LA MISMA

MÉTODO

REUNIÓN ENTRE LOS DISTINTOS PROFESIONALES DEL EQUIPO (MÉDICOS, ENFERMERIA, AUXILIARES) PARA IDENTIFICAR LA POBLACIÓN EN RIESGO, PUESTA EN COMÚN DE EXPERIENCIAS Y OPINIONES ACERCA DE LA SITUACION ACTUAL.
-CLASIFICAR A LA POBLACION QUE INGRESA EN NUESTRO SERVICIO CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL (% PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA), SEGÚN:
*EDAD
*COMORBILIDAD (INDICE DE CHARLSON)
*ESTAR INSTITUCIONALIZADO O NO
*DEPENDENCIA PARA ABVD PREVIA (I. BARTHEL)
-IDENTIFICAR PACIENTES (%) A LOS QUE SE HA APLICADO UNA MOVILIZACION PRECOZ (<48h), EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS, COMPARANDO RESPECTO A LOS QUE NO SE HAYA APLICADO DICHO PLAN.
-COMUNICACION DE RESULTADOS CON UNA SESIÓN CLINICA AL RESTO DE PERSONAL DE PLANTA PATA FACILITAR LA CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

INDICADORES

- IDENTIFICAR PACIENTES INGRESADOS CON MAYOR RIESGO DE DESARROLLAR UN DETERIORO FUNCIONAL: %PACIENTES GERIÁTRICOS, %ANCIANO FRÁGIL, % ANCIANO SANO CON ENFERMEDAD AGUDA .
-SITUACION FUNCIONAL EN LA QUE INGRESA EL PACIENTE (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)
-IDENTIFICAR A LOS PACIENTES A LOS QUE SE HA APLICADO LA MOVILIZACION PRECOZ
-TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA
- SITUACION FUNCIONAL AL ALTA (BARTHEL Y VALORACIÓN SUBJETIVA DEL CUIDADOR/ PROFESIONAL SANITARIO)

DURACIÓN

REGISTRO DE CASOS A PARTIR DE ENERO DE 2019

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0105

1. TÍTULO

MOVILIZACION PRECOZ DEL ENFERMO ANCIANO HOSPITALIZADO COMO MEDIDA PARA EVITAR EL DETERIORO FUNCIONAL

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 - 2019/0332

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE ALEGRIA FRANCO LANAO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BAGUESTE MORAN PATRICIA
MARTINEZ HUGUET CLAUDIA
MEDRANO MARTINEZ PILAR
ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR
ROMERO HERVAS GLORIA
QUILEZ QUILEZ CARMEN
BUIL VIÑEC RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades realizadas del plan de mejora durante el primer periodo (desde febrero del 2019 hasta enero del 2020 inclusive) han consistido en ocho reuniones en las cuales a través de la técnica grupal: "pequeño grupo de discusión" se han identificado puntos y acciones de mejora del proceso asistencial en la unidad de medicina interna del hospital de Barbastro. Las reuniones han tenido lugar en un espacio físico del hospital (Biblioteca y despacho de supervisor de enfermería en la planta de medicina interna). Dentro de estas acciones de mejora se ha elaborado un documento escrito: "Parte Auxiliar-Auxiliar de Enfermería "que incluye siete ítem que aseguran la continuidad de cuidados de los pacientes de la unidad por dichas profesionales.

El calendario marcado durante este primer periodo ha sido:

-Primera reunión (20/02/2019): se expone como objetivo final del Plan de mejora aumentar la calidad percibida del binomio paciente familia, para ello dividimos la identificación de puntos y acciones de mejora en dos grandes grupos: "La mejora en la comunicación entre los profesionales de la unidad "y "La mejora en la comunicación entre profesionales y el binomio paciente-familia"

-Reuniones siguientes (08/03/2019,10/04/2019,16/05/2019,25/06/2019,30/10/2019 y 20/11/2019) en las cuales se aborda la mejora en la comunicación entre los profesionales de la unidad, identificando cuatro puntos de mejora con sus respectivas acciones.

1. Sesiones clínicas conjuntas: que consistirían en la discusión de pacientes con determinadas características por un grupo de profesionales de la unidad.

La acción de mejora correspondiente se concretó en la exposición y discusión de las mismas entre la supervisión de enfermería y la jefatura médica de la unidad.

2. Pase médico -enfermera: Se determina como ideal el pase conjunto, aunque se reconoce la limitación de que no siempre es posible, dada la carga asistencial de ambos profesionales.

Se identifican dos acciones de mejora respecto a este punto: se concreta un horario de pase (de 9.30 a 12.30) y la creación de una nota tipo posit donde el personal de enfermería registra las incidencias que quiere que el personal médico sepa a primera hora de la mañana, para ello se determina que su registro sea en las observaciones del cuadro de constantes de la historia clínica electrónica.

3 .Parte Enfermera-Enfermera: Se identifican dos acciones de mejora respecto a este punto: establecer la información relevante que debe contener y disminuir las interrupciones..

4 .Parte Enfermera-Auxiliar:Se identifica como acción de mejora la exposición de su definición, y de la necesidad de llevarlo a cabo para el buen funcionamiento de la unidad.

5. Parte Auxiliar-Auxiliar de Enfermería: Se identifica como acción de mejora la creación y utilización de un documento escrito: "Parte Auxiliar de Enfermería" donde se incluyen 7 ítems que aseguran la continuidad de cuidados dados por las auxiliares de enfermería

-Última reunión (16/01/2020) en la cual se aborda el segundo gran grupo. "La mejora en la comunicación entre los profesionales y el binomio paciente-familia. Se identifican tres puntos de mejora:

1. Presentación: nos recordamos la importancia de presentar nuestra persona en el primer contacto con el binomio paciente -familia.

2. Formación en habilidades de comunicación: empatía, escucha activa...

3. Información: donde se identifican las siguientes acciones de mejora:

3.1. Se establece que la información médica al binomio paciente -familia se realizará en el momento del pase de visita o a partir de las 14h, adaptándose el profesional a las circunstancias laborales y familiares del binomio paciente -familia.

3.2 .Nos recordamos la existencia de un díptico donde se detalla la información a transmitir de forma oral al binomio paciente- familia y que aseguran el buen funcionamiento de la unidad. En relación a esta información se proponen como acción de mejora la colocación de dos carteles con el enunciado no pasar, uno de ellos en la puerta de medicación y otro encima del control evitando el acceso de pacientes y familiares a la sala de ordenador y salita de estar.

3.3. Entrega al binomio paciente -familia al ingreso, por parte de la auxiliar de enfermería del tríptico: "Normas generales al ingreso en las unidades del hospital de Barbastro", dentro de las cuales se incluye guardar silencio en los pasillos y un acompañante por paciente, que en demasiadas ocasiones no es respetada, con lo cual se identifica como acción de mejora el pase de la supervisora de la unidad, por las habitaciones, a primera hora de la mañana recordando la importancia de su cumplimiento.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0332

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante este primer periodo de propuesta de mejora del proceso asistencial en la unidad de medicina interna del hospital de Barbastro se ha identificado puntos y acciones de mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Queda pendiente para el segundo periodo del plan de mejora (febrero 2020-enero2021 inclusive), el implementar las acciones de mejora así como diseñar y realizar la evaluación de las mismas señalando los resultados alcanzados con ellas.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/332 ===== ***

Nº de registro: 0332

Título
PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCO LANA ALEGRIA, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, MARTINEZ HUGUET CLAUDIA, MEDRANO MARTINEZ PILAR, ESTADA MURILLO CRISTINA PILAR, ROMERO HERVAS GLORIA, QUILEZ QUILEZ CARMEN, BUIL VIÑEC RAQUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades Crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
1. Análisis de la situación: La mayoría de pacientes que ingresan en nuestra unidad tienen enfermedades crónicas que les hacen reingresar varias veces en un año y les deterioran su capacidad funcional. Ante ello vemos la necesidad de un cambio de paradigma en el proceso asistencial poniendo el foco de nuestro trabajo en la calidad percibida por el paciente y sus familiares en las tres dimensiones descritas por Donabedian: características técnicas, relaciones interpersonales y comodidades de la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo general del proyecto es aumentar los niveles de calidad percibida por los pacientes y sus familiares en el proceso asistencial en la unidad de Medicina Interna.

MÉTODO
-Identificar puntos de mejora del proceso asistencial de la unidad de Medicina Interna
-Planificar y programar acciones de mejora.
-Diseñar la evaluación de dichas acciones.
Para ello el equipo de mejora se reunirá una vez al mes, recuperando de forma bimensual las perdidas en periodo vacacional. Además se realizarán reuniones extraordinarias cuando así sea necesario.

INDICADORES
No procede indicadores por el tipo de proyecto.

DURACIÓN
Desde el mes de Febrero del año 2019 hasta el mes de Febrero del año 2020 inclusive.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0332

1. TÍTULO

PROPUESTA DE MEJORA DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0497

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE LAURA BOLEA LADERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
PESQUER VILAS ISABEL
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
GUIRAL FERNANDEZ NURIA
PIQUERAS PLA CRISTINA
BERROC GRACIA MIREIA
ASO MALO ALEJANDRA
MUR LASPALAS SARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha puesto un especial interés en la suplementación con hierro vía parenteral a aquellos pacientes pertenecientes a la unidad que presentaran anemia con un evidente déficit de hierro. El tratamiento mediante suplementos orales supone la aparición en muchísimas ocasiones de efectos secundarios, especialmente a nivel gastrointestinal, por lo que como parte de seguimiento se ha ofrecido a estos pacientes la pauta mediante hierro carboximaltosa en el Hospital de Día disponible en la unidad, mostrándose a favor en el 100% de los casos. De los 153 tratamientos administrados en la unidad entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre del 2019, 72 han correspondido a este tratamiento, de los cuales en casi 2/3 de los casos, presentaban una anemia secundaria de grado variable. Cabe reseñar que en la mayor parte los pacientes, la anemia presentaba otros componentes asociados (renal fundamentalmente). En todos los casos, se ha explicado el procedimiento a realizar y se ha calculado la dosis a administrar en una o dos ocasiones según el perfil del paciente. En cada uno de los tratamientos se ha hecho una valoración médica del paciente con exploración general contando con analítica reciente. Por parte de enfermería, se ha realizado una evaluación general, la toma de constantes vitales así como la canalización de la vía venosa periférica. Cada paciente ha quedado registrado en la historia clínica electrónica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En prácticamente la totalidad de los casos, se ha experimentado una mejoría clara de síntomas relacionados con la astenia/cansancio con mejoría subjetiva de la clase funcional y en aquellos que presentaran efectos secundarios relacionados con la toma de hierro oral, al poder ser suspendidos, estos han desaparecido, mejorando por ello la calidad de vida del paciente. Todo esto se ha podido evidenciar en las consultas sucesivas a la instauración de tratamiento. En el 100% de los pacientes que presentaran anemia, se ha experimentado un incremento variable de hematocrito constatado igualmente en consultas posteriores así como una normalización de los parámetros de metabolismo de hierro. Es importante destacar que ninguno de los pacientes presentó incidencias inmediatas tras su administración de ningún tipo y tampoco se evidenciaron problemas tardíos en relación a su administración, ni siquiera situaciones relacionadas con la vía venosa (flebitis etc).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El tratamiento ofrecido en el Hospital de Día disponible en la unidad poniendo especial énfasis a la cuestión de la anemia ferropénica no cabe duda que es una ganancia para este grupo de pacientes, con pluripatología y cierta complejidad, donde la ganancia en cuanto a calidad de vida y nivel funcional es prioritaria. Es importante reseñar que a pesar de precisamente, ser pacientes con estas características, no han presentado problemas relacionados con su administración y sí se ha demostrado una mejoría clínica, cierto que subjetiva, pero evidente mediante anamnesis y que puede favorecer el manejo de otras patologías como por ejemplo a nivel cardiológico. Seguiremos prestando especial atención a la cuestión del déficit de hierro y a su correspondiente corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/497 ===== ***

Nº de registro: 0497

Título
PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPENICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRONICO COMPLEJO

Autores:
BOLEA LADERAS LAURA, PESQUER VILA ISABEL, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, BERROC GRACIA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0497

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)

MIREIA, PIQUERAS PLA CRISTINA, MUR LASPALAS SARA, MALO ASO ALEJANDRA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los pacientes incluidos en el programa del paciente crónico complejo son pacientes que se caracterizan por presentar múltiples patologías crónicas con una elevada complejidad y una importante vulnerabilidad clínica que conlleva una baja calidad de vida, tendencia a un rápido deterioro y a una notable dependencia de familiares y cuidadores. La presencia de anemia es un hallazgo frecuente en estos pacientes, con una prevalencia de al menos el 50% de los pacientes atendidos en consultas en el segundo semestre del 2018, por lo que lo consideramos un problema relevante en nuestro ámbito. Por una parte impacta de una manera clara en su calidad de vida, ya que la presencia de anemia se asocia con múltiples síntomas como debilidad, cansancio, depresión y disnea y por otra parte, se ha establecido como factor pronóstico en determinadas enfermedades crónicas como la insuficiencia cardíaca.

En particular, la ferropenia es la primera causa de anemia en la población pluripatológica con múltiples orígenes como la malnutrición, las pérdidas por el tracto gastrointestinal o la malabsorción. Al margen de la búsqueda etiológica, la maniobra inicial suele ser la administración de hierro oral en forma de compuestos de sulfato o gluconato ferroso, sin embargo de manera subjetiva se observa una mala tolerancia por sus efectos secundarios, especialmente a nivel gastrointestinal como las náuseas, el estreñimiento o el dolor abdominal, lo que puede afectar a su adherencia. Si a este factor, le añadimos la cuestión de la velocidad de repleción de los depósitos de hierro, que suele ser lenta en forma de suplementos orales, todo ello hace que la aparición relativamente reciente de compuestos de hierro para su administración intravenosa, sea una opción muy atractiva.

RESULTADOS ESPERADOS

En primer lugar, se realizará un análisis de la situación en cuanto a prevalencia, causa y etiología, prestando especial interés a la presencia del déficit de hierro, para poder ofrecer la conducta terapéutica más adecuada en función del perfil del paciente con el fin fundamental de mejorar los síntomas de debilidad, cansancio y disnea y por lo tanto, tener un impacto en su calidad de vida e incluso en el pronóstico de estos pacientes.

MÉTODO

Los pacientes en los que se detecte una ferropenia dentro del estudio y seguimiento habitual que se llevará a cabo en la consulta de la unidad, serán evaluados de cara a la administración de tratamiento con hierro carboximaltosa. Este procedimiento se ofertará en el Hospital de Día de la unidad ubicado en la cuarta planta del Hospital de Barbastro. Para ello se calculará el déficit mediante la fórmula de Ganzoni ($Fe (mg) = peso corporal (Kg) \times (Hb deseada - Hb actual) + hierro de depósito (500 mg)$). En función de los requerimientos, se programarán las sesiones oportunas para su administración. Por parte de enfermería, se rellenará un cuestionario que incluirá los datos del paciente (nombre y apellidos, número de historia clínica, fecha de nacimiento, dirección, teléfono de contacto y número de seguridad social), se realizará toma de tensión arterial, frecuencia cardíaca y oxígeno mediante pulsioximetría. Si bien es cierto que la frecuencia de aparición de reacciones adversas así como de reacciones alérgicas es baja, se dispondrá de una forma accesible y cercana de todo lo necesario para su manejo incluyendo de todo lo imprescindible para maniobras de reanimación. Se mantendrá en observación al paciente hasta 30 minutos después de su administración y se explicarán posibles efectos secundarios de aparición en las primeras 24 horas a su administración.

INDICADORES

Porcentaje de pacientes revisados en la unidad con anemia (Hemoglobina inferior a 12 gr/dl o hematocrito inferior al 36% en las mujeres y hemoglobina inferior a 13 gr/dl o hematocrito inferior al 39% en los hombres) y dentro de este grupo, el porcentaje de pacientes con déficit de hierro absoluto (Ferritina inferior a 100) o déficit funcional (ferritina 100-200 con IST inferior a 20%). Se analizará en las consultas sucesivas la mejoría de síntomas.

DURACIÓN

A partir del 1 de marzo del 2019 con una duración estimada de 1 año.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0497

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FERROPÉNICA EN LOS PACIENTES PERTENECIENTES A LA UNIDAD DEL PACIENTE CRÓNICO COMPLEJO (UCC)

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE PILAR MEDRANO MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABAD RUIZ ALODIA
OLIVAN GARCES SARA
GARCIA LACOMA MERCEDES
MOLES ARCOS BARBARA
POLO BLASCO MARIA CARMEN
CORTINA LACAMBRA MARIA RAQUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año hemos mantenido 4 reuniones sin contar los meses de periodo estival comprendido entre junio y septiembre, y cumpliendo con los plazos de inicio y final establecidos, aunque teniendo que plantear una segunda fase de proyecto dado que hemos empleado más tiempo del esperado en las fases desarrolladas.

Se llevó a cabo el análisis de las etapas y proceso asistencial que lleva un paciente que ingresa en hospital de Barbastro tanto desde el propio servicio de Urgencias como desde el de Admisión, en los casos programados.

Como resultado de este análisis trabajado tanto individualmente como grupalmente para poder recoger el máximo de amplitud de dicho análisis, se elaboró un cuadro resumen donde se recogen en cada uno de las vías de entrada (urgencias o admisión): los pasos que se siguen, los elementos despersonalizadores y deshumanizadores y algunas actitudes humanizadoras a tener en cuenta en cada una de ellas. (Tabla adjunta a resultados)

De cara a la elaboración del diagnóstico de necesidades y expectativas de los pacientes y familiares o acompañantes durante un ingreso hospitalario a lo largo del trabajo han surgido cuestiones y reflexiones personales que nos han llevado a replantearnos el trabajo considerando que antes los grupos focales podía ser de gran utilidad hacer algún tipo de encuesta o mini entrevista tanto a paciente como familiares-acompañantes preguntando directamente por: ¿QUE ES LO QUE MAS VALORA USTED EN SU INGRESO HOSPITALARIO?

Con estos resultados y las aportaciones recogidas en el cuadro resumen de los aspectos a humanizar durante un proceso asistencial, podremos plantear con una mejor base los grupos focales. Este cambio de enfoque de la metodología es lo que nos ha llevado a ampliar el tiempo de trabajo para el año que viene.

Esta primera fase del estudio " encuesta a pacientes y familiares-acompañantes", si se ha realizado.

Se elaboró un diagrama de sectores para poder simplificar y marcar visualmente el porcentaje de importancia que daban a cada cuestión planteada.

Las encuestas se realizaron personalmente y en unos días preestablecidos en función de la capacidad organizativa del trabajo de cada una de las componentes del equipo de mejora estableciéndose los días 20, 23 y 27 de enero de 2020 en los cuales nos repartimos Unidades Médicas (Medicina Interna, Especialidades y UCA); quirúrgicas (COT y Cirugía) y Servicios de Urgencias y UCI, respectivamente.

La muestra que se estableció en cada una de ellas fue de dos hombres y dos mujeres por cada rango de edad de (20-40), (40-60), (60-80) y (mayor de 80) y a sus acompañantes respectivamente.

Hay que señalar que al fijar un día no se pudo completar la muestra totalmente, dado que, en alguno de los Servicios, en el momento no se encontraban hospitalizados suficientes pacientes para completarla.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Por un lado presentamos el contenido del cuadro elaborado relativo al análisis del proceso asistencial y aspectos humanizadoras es el siguiente:

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DURANTE EL PROCESO ASISTENCIAL DE CARA A LA HUMANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

1ºADMISIÓN DESDE URGENCIAS

- Malestar del momento mientras espera a que tomen los datos para triaje.
- El espacio como tal de urgencias
- Desconocimiento de la ubicación del Servicio y del proceso, siendo el primer sitio donde se llega.

Actitudes Humanizadoras: " Buenos días. Voy a cogerle los datos primero"

Dar indicaciones de como va a ser el proceso

Informar sobre el triaje, etc....

DESDE ADMISIÓN PROGRAMADO

- Te remiten directamente a la planta correspondiente y no se suele saber como llegar.

Actitudes Humanizadoras: " Buenos días. Voy a cogerle los datos primero"

Dar indicaciones de como va a ser el proceso

etc....

2º SALA DE ESPERA (Exterior) URGENCIAS

- Condiciones de la sala: más gente, incomodidad...
- Desinformación sobre los tiempos
- No se sabe como están otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Actitudes Humanizadoras: Llamar por nombre y preguntar si viene solo o acompañado. Dejar un acompañante...

3º TRIAJE- URGENCIAS

- Toma de constantes y no te avisan de como están
- Es el primer contacto con profesional sanitario
- Se siente mucha incertidumbre ante el grado de gravedad
- Primer espacio donde se despoja de pertenencias

Actitudes Humanizadoras: Facilitar toda la información que se pueda. " Tranquilo, luego le va a valorar el médico..."

4º SALA DE ESPERA (Pecera o sala exterior)- URGENCIAS

- Hay más gente. Se desconoce gravedad por lo que a veces se percibe que pasan a otros antes
- La espera se puede alargar mucho tiempo, incluso horas...
- Incertidumbre
- Ver pasar profesionales

Actitudes Humanizadoras:

5º BOX EXPLORACIÓN- URGENCIAS

- Se desnuda al paciente
- Se pincha y empiezan a aplicar diferentes técnicas...
- Se realiza interrogatorio
- se desconoce a médico y enfermera que atienden
- Se pierde la intimidad

Actitudes Humanizadoras: Presentarse los profesionales y preguntar al paciente. " ¿usted es....? Yo soy el Dro la enfermera....."

6º PRUEBAS COMPLEMENTARIAS- URGENCIAS

- Pruebas invasivas
- Solicitud de consentimiento informado,
- Falta de información
- Incertidumbre
- Miedo ante resultados
- Experiencias de conocidos que nos condicionan

Actitudes Humanizadoras: Informar del Consentimiento

7º DIAGNÓSTICO- URGENCIAS

SALA DE OBSERVACIÓN PENDIENTE DE INGRESO

- Falta de información
- Incertidumbre
- Miedo ante resultados
- Experiencias de conocidos que nos condicionan

SALA OBSERVACIÓN Y ALTA

- Además de los anteriores:
- Informe de alta. ¿ A quién se entrega?
- ¿ A quién se informa?

ALTA

- Informe de alta. ¿ A quién se entrega?
- ¿ A quién se informa?

Actitudes Humanizadoras: Informar, preguntar si se tienen dudas,

A partir de este paso ya se unifica el proceso tanto el ingreso por urgencias como el programado desde admisión.

8º INGRESO EN PLANTA DESDE URGENCIAS Y DESDE ADMISIÓN

Te remiten directamente a la planta correspondiente y no se suele saber como llegar si vas desde Admisión o te lleva el celador, pasando por hospital y pasillos donde a veces es difícil guardar la intimidad
Ascensores compartidos con gente de la calle
Desconocimiento de donde se va

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Actitudes Humanizadoras: Informar de número de habitación a paciente y familiares, ¿ cómo le gusta que le llamen?

9º HABITACIÓN

INFORMACIÓN DE AUXILIAR

- Se entrega pijama, indica la cama...
- Despersonalización al ingresar
- Habitaciones compartidas con otros pacientes y familiares que según estado y patología puede ser complicado de llevar

INFORMACIÓN DE ENFERMERA

- Horarios, valoración enfermera,
- Se ponen vía, sueros, etc

Actitudes Humanizadoras: Preguntar por persona de referencia y a informar en caso de necesidad. Ofrecer disponibilidad, preguntar si tiene alguna duda, si necesitan algo más, etc...

10º DURANTE EL INGRESO

- Pruebas
- Falta de información y de participación en las tomas de decisiones
- Procesos "condicionados" por médico y planteamientos de éste.
- A quién se informa?
- Se recibe información en habitación con otros pacientes delante.
- Miedo a sufrir, al dolor
- Despersonalización
- Habitaciones compartidas con otros pacientes y familiares

Actitudes Humanizadoras: Preguntar por persona de referencia y a informar en caso de necesidad. Ofrecer disponibilidad, preguntar si tiene alguna duda, si necesitan algo más, etc. Informar en intimidad posible,...

11º ALTA

- Diagnóstico
- Pronóstico
- A quién informar
- Informe al alta

Actitudes Humanizadoras: Preguntar por persona de referencia y a quién quieren que informen, preguntar si tiene alguna duda, si necesitan algo más, etc. Informar en intimidad posible...

ASPECTOS A TENER EN CUENTA QUE NO TENGAMOS CLAROS DONDE INCLUIR:

Voluntades Anticipadas. Siempre preguntar si las tiene (aunque en realidad se debería consultar en Registro ¿incluirlas en la chapa?
Manejo de información, Protección de Datos, Confidencialidad, etc

Por otro lado, los resultados de la encuesta de la encuestaa pie de cama de modo simplificado y por orden de importancia dado por la mayoría de pacientes y acompañantes en cada uno del caso fueron:

¿QUE ES LO QUE MAS VALORA USTED EN SU INGRESO HOSPITALARIO?
PACIENTES

1. Trato personal
2. Información
3. Tratamiento
4. Diagnóstico
5. Limpieza e higiene
6. Alimentación
7. Disponibilidad de profesionales
8. Agilidad
9. Curación
10. Instalaciones
11. Formación de los profesionales
12. Confianza con el profesional
13. Quitar el dolor
14. Curación
15. Dar agua los pacientes
16. Menos tiempo de espera en urgencias
17. Urnas en Hospital el día de las elecciones

FAMILIARES

1. Trato personal
2. Información
3. Diagnóstico
4. Disponibilidad de profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

5. Instalaciones
6. Limpieza
7. Alimentación
8. Compañeros de habitación
9. Seguridad medico y profesional
10. Tratamiento eficaz

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el transcurso del trabajo realizado nos hemos dado cuenta que dentro de algunos pasos que nos podemos plantear para humanizar la asistencia, ya existen elementos desarrollados como pueden ser folletos y hojas informativas de funcionamiento y áreas de Hospital, Protocolos de recepción, etc. Y hemos de contar con todas esta información para poder tenerla presenta en un futuro y darles mayor valor.

Respecto a dos de los servicios en los que realizamos encuestas vemos necesario destacar por cuestiones que se han de valorar en un futuro a la hora de plantear grupos focales. Por un lado, la Uci no es un espacio donde se pueda valorar en el momento. Quizás posteriormente, una vez fuera de la situación crítica es más fácil hacer pensamiento. Pacientes y familiares solo piensan en "salir de esa Unidad" lo antes posible. Por otro, en urgencias el gran peso de las contestaciones de unos y otros, estaba centrada en la rapidez de la intervención y del diagnóstico.

7. OBSERVACIONES.

Nos ha quedado pendiente de cara a continuación del proyecto la realización de grupos focales así como análisis DAFO final.

Nuestro planteamiento de continuidad se centra en evaluar los resultados obtenidos y hacer una propuesta para la implantación de un proyecto de humanización.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/605 ===== ***

Nº de registro: 0605

Título
PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ABAD RUIZ ALODIA, MEDRANO MARTINEZ PILAR, OLIVAN GARCES SARA, POLO BLASCO MARIA CARMEN, MOLES ARCOS BARBARA

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente hospitalizado
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Cuando las personas enferman pasan a encontrarse en una situación de vulnerabilidad y fragilidad mayor en la que el riesgo de que su dignidad como persona se vea afectada también crece.

El miedo, la incertidumbre, el desconociendo, el sufrimiento y el dolor que viven hace que en muchas ocasiones dejen su enfermedad en manos de profesionales a los que se les presupone una calidez, capacidad de escucha y empatía, que en muchas ocasiones no se da. Bien por cuestiones personales, por falta de preparación, por falta de tiempo debido a la importante carga asistencial, por muchas razones que a veces se escapan a nuestro control aun siendo conscientes de las consecuencias que tienen para los pacientes.

Nos encontramos que, en muchas ocasiones, cuando un paciente ingresa en un hospital, se ve afectado su entorno, su intimidad, sus pertenencias, comparte espacio con desconocidos y también la información relativa a su proceso, puede llegar a identificarse como un número de habitación, por cuestiones de operatividad etc.

En estas condiciones de despersonalización no podemos hablar de calidad asistencial y se hace imprescindible poner en el centro de nuestra atención la HUMANIZACIÓN.

Como vemos el foco en la Humanización se hace necesario, y más aún, si tenemos en cuenta que son los propios pacientes los que lo demandan como tal. Así quedó reflejado en el Foro Aragonés de Pacientes en el que se reclamaba al Gobierno de Aragón y Plan de humanización de la asistencia sanitaria.

Es cierto que a las barreras para la humanización son múltiples. Burocracia, tecnificación, carga asistencial, leguaje tecnificado, exceso de demanda y utilización de servicios sanitarios formación, falta de formación en comunicación y relación de ayuda de los profesionales, la falta de coordinación entre servicios y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0605

1. TÍTULO

PROPUESTA DE HUMANIZACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN UNA UNIDAD CLINICA

profesionales, el aumento de las exigencias de los ciudadanos, etc. No obstante, hemos de tener presente que, a pesar de todas ellas, todos los profesionales somos responsables de crear un espacio humanizado, en el que paliemos el sufrimiento humano y generemos actitudes y conductas humanizantes.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Analizar las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro.
- 2- Definir y catalogar las posibles "barreras" u "obstáculos" (comunicación, empatía, cosificación..) con los que se han podido encontrar los pacientes a lo largo de su proceso asistencial que pudieran llevarles a la despersonalización y/o deshumanización de su proceso.
- 3- Elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria.
- 4- Identificar y conocer iniciativas de humanización de otras organizaciones sanitarias.
- 5- Elaborar una propuesta de humanización del proceso asistencial en unidades clínicas. tras el estudio de realidad y diagnóstico realizados.
- 6- Realización de análisis DAFO de la propuesta final.
- 7- Planificar y programar actividades para desarrollo de la propuesta.

MÉTODO

El proyecto lo vamos a llevar a cabo desde la Subcomisión de Comunicación dentro de la Comisión de Paliativos del Sector de Barbastro.

Nos reuniremos a lo largo de este año con una frecuencia mínima bimensual para poner en común los aspectos que vayamos trabajando.

Empezaremos por el objetivo de análisis de las etapas y procesos asistencial que lleva un paciente que ingresa en Hospital de Barbastro que trabajaremos conjuntamente con el objetivo de integrarlas todas las componentes del grupo y poder definir los elementos despersonalizadores y deshumanizantes con más detalle.

Para elaborar diagnóstico de expectativas, necesidades y demandas de los grupos de interés (pacientes, familiares y profesionales) relacionados con la humanización de la asistencia sanitaria nos planteamos hacer una revisión de planes de otras organizaciones sanitarias y llevar a cabo algún grupo focal con objeto de comprobar si son coincidentes o no los diferentes elementos de nuestro diagnóstico.

Con el diagnóstico realizado y las propuestas recogidas de otras instituciones, elaboraremos la nuestra propia incluyendo en ella el análisis DAFO, con cuya identificación de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades nos podamos plantear actividades y propuestas de cara al desarrollo de nuestro proyecto.

INDICADORES

No procede indicadores por el tipo de planteamiento de proyecto puesto que no es medible.

DURACIÓN

- Marzo 2019 a febrero de 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ALPIN DE MUR
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROLDAN MORENO LAURA
MIRANDA PEREZ LOURDES
BROTO GABARRE MARTA
ALIAGA OBENSA PILAR
LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR
MUZAS SUBIAS MARIA JOSE
CALVO SANCERNE BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reunión entre las personas que hacemos este proyecto para concretar:

1.Tipo de paciente que vamos a estudiar.

Serán pacientes con un Norton de 19 y/o 20.

2.Tiempos que vamos a invertir en las diferentes etapas del proyecto.

Durante dos semanas observaremos los hábitos higiénicos de nuestros pacientes Norton 19/20.

Las semanas siguientes pondremos en marcha el proyecto, explicando a nuestros pacientes el estudio que estamos haciendo en el servicio de Medicina Interna.

Este etapa será de 12 semanas.

3.Diseño de los soportes físicos que nos ayudarán a realizar en proyecto.

Realizamos un tríptico el cual se lo daremos al paciente para que lo tenga, lo mire y así le sirva de reflexión.

Realizamos mini carteles con la misma información que la colocaremos pegados en la cara interior de las puertas de todas las habitaciones.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De momento hemos observado los hábitos higiénicos de este tipo de pacientes. En esta etapa los pacientes no saben que están siendo parte de un proyecto. Nosotras registramos cuantos pacientes Norton 19/20 se lavan las manos en diferentes momentos del día y los dientes.

Los resultados son "malos", el 85% de estos pacientes no tienen hábitos saludables de higiene de manos y boca.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La conclusión obtenida hasta ahora, es que necesitamos hacer educación a estas personas mayores que no sabe la importancia del aseo personal básico, para evitar infecciones y para sentirse con mejor salud y mayor bienestar personal.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/773 ===== ***

Nº de registro: 0773

Título
EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Autores:
ALPIN DEMUR MARIA ANGELES, ROLDAN MORENO LAURA, ESCAR FONDEVILA MARIA VICTORIA, BROTO GABARRE MARTA, ALIAGA OBENSA PILAR, LACOSTA RUBIO MARIA DEL MAR, MUZAS SUBIAS MARIA JOSE, CALVO SANCERNE BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Deficit de higiene personal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Otro tipo Objetivos: Optimizar la higiene personal y salubridad

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La percepción de la enfermera sobre la higiene personal en pacientes autónomos ingresados en una planta de Especialidades Médicas muestra un déficit significativo con respecto a pacientes dependientes, cuya higiene está a cargo del personal de Enfermería (Enfermeras y TCAE).

El déficit en la higiene de manos y boca en pacientes ingresados con diferentes diagnósticos, pero con movilidad dentro de la habitación/planta, puede ocasionar la transmisión de enfermedades infecciosas, el deterioro de la propia salud, imagen y relaciones de convivencia.

Hay evidencia que las enfermedades nosocomiales se transmiten por las manos y de hecho se han realizado campañas exhaustivas de concienciación dirigidas al personal sanitario, pero no se han realizado enfocándolas en el paciente y acompañantes.

Hay un porcentaje de pacientes ingresados, no evaluado, que presentan un déficit higiénico significativo, bien debido a su procedencia social, a la soledad o por efecto de la enfermedad que padece.

La acción enfermera para mejorar esa situación de déficit esta limitada por:

a) El respeto a la condición del paciente y por no herir su sensibilidad.

b) Por la ausencia de un protocolo de higiene personal, y su aplicación sistemática durante el ingreso.

La aplicación de un protocolo de higiene, especialmente el lavado y cuidados de las manos, y la higiene bucal, permitiría:

1. Mejorar autoestima, autoimagen y estado de salud del paciente.

2. Mejorar la salubridad y la convivencia en nuestra unidad de hospitalización.

3. Reducir la transmisión de infecciones nosocomiales, entre otras medidas de protección.

4. Realizar un proceso educativo que pueda tener continuidad tras el alta.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Implementar medidas de higiene personal y salubridad en pacientes autónomos ingresados en una planta de hospitalización

2. Desarrollar un protocolo de actuación de Enfermería con respecto la higiene de los pacientes autónomos.

3. Aplicación inicial en la Unidad de Enfermería de Especialidades, con extensión posterior al resto del hospital.

MÉTODO

1. Diseño y elaboración de un díptico informativo para entregar a los pacientes a su ingreso en planta, con las pautas recomendadas de higiene personal (documento 2)

2. Identificación del paciente autónomo a partir de la hoja de Valoración Enfermera al ingreso.

3. Valoración de la higiene y cuidado de las manos y boca mediante encuesta y observación (para ello será necesaria la elaboración del documento 1).

4. Educación para la salud : Informar y convencer al paciente del cumplimiento de las normas explicadas en el díptico informativo y mantener el estímulo diario de higiene personal. (documento 2).

5. Proveer de material: jabón, papel secante y kit para la higiene bucal a todos los pacientes autónomos que no dispongan de ello ni tengan medios para conseguirlos.

6. Evaluar si el programa de educación es efectivo. Evaluación al alta de la higiene de manos y boca mediante encuesta (documento 3).

7. Revisión bibliográfica del tema

8. Difusión de los resultados y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora

INDICADORES

1. La cantidad de jabón y pasta dentífrica y papel secante que se gasta en un mes en la planta.

2. Elaboración de díptico (Sí / No)

3. Evaluación al ingreso: % de pacientes con un estado de aseo "Descuidado" y % de pacientes con "Mal estado".

4. Evaluación al alta: % de pacientes con estado de aseo "Descuidado" y % de pacientes con "Mal estado".

5. Valorar una disminución del 25% de pacientes con "Descuidado/Mal estado de aseo personal" tras la aplicación del proceso educativo.

DURACIÓN

El período de elaboración y diseño de la actividad comprenderá 1 mes y medio, del 15 de mayo a 30 de junio.

Incluirá reuniones semanales del equipo de mejora que elaborara: a) las hojas de evaluación inicial y final, b) la hoja informativa / díptico para la educación del paciente, y c) el diseño de un estudio estadístico de los resultados.

La aplicación de la actividad educativa se desarrollará durante 3 meses, del 1 de septiembre a 30 de noviembre.

Durante el mes de diciembre se evaluarán los resultados de la actividad, con un informe de los resultados.

OBSERVACIONES

Sería satisfactorio para los ingresados y cuidadores disponer de gel y papel secante, para poder realizar el acto más importante para la prevención nosocomial fácilmente.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0773

1. TÍTULO

EVALUACION DE LA HIGIENE PERSONAL EN PACIENTES AUTONOMOS INGRESADOS E IMPLEMENTACION DE MEDIDAS EDUCACIONALES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE INMACULADA PEYRET FERRER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA INTERNA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SANMARTIN LOBERA PAULA
ALTEMIR CORTES MARIA
RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA
CRUELLAS SATORRES EDUARDO
MUZAS SUBIAS MARIA JOSE
BUERA PANO LETICIA
CABRERIZO MUZAS ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

MARZO 2019: Diseño encuesta, que es consensuada por todos los miembros del equipo. Se entregará para su cumplimentación a todo el personal de la planta durante las 3 semanas restantes del mes de marzo. Se coloca un buzón en la salita donde depositar las encuestas una vez rellenas, de forma anónima.

ABRIL 2019: Valoración y puesta en común de las conclusiones de la encuesta realizada. Vistos estos resultados y tras varios turnos de opiniones se acuerda que cada miembro del equipo aportará su diseño de parte entre Tcae para ponerlos en común en la siguiente reunión. Búsqueda bibliográfica: Consultamos con otras plantas de hospitalización, Se aportan también modelos utilizados en otros hospitales de nuestra comunidad. Buscamos también modelos en Internet.

MAYO 2019: En varias reuniones se discuten las distintas opciones. Finalmente llegamos por consenso a un acuerdo para realizar una plantilla.

IMPORTANTÍSIMO: Se pretende que en el cambio de turno haya un momento de puesta en común entre cada enfermera y Tcae correspondiente acerca de las incidencias de los pacientes en común. Esta comunicación no siempre se realiza y consideramos que es muy importante para una adecuada gestión de cuidados.

JUNIO 2019: Se realizan 2 sesiones informativas para captar a todo el personal de la planta.

Decidimos poner en práctica las acciones propuestas y comenzar el pilotaje con la plantilla de parte entre Tcae.

Comienza el período vacacional por lo que intentaremos aportar la información al personal que realiza sustituciones de verano.

Nos damos cuenta de que es difícil hacer un seguimiento por la falta de continuidad de la plantilla habitual en estas fechas.

OCTUBRE 2019: Nueva reunión del equipo.

La valoración es positiva por parte de todos los miembros. Cualitativamente, se ha apreciado mejora en algunos aspectos y se valora muy positivamente la utilización del parte escrito de Tcae. Decidimos realizar algún cambio en la hoja de parte de Tcae, ampliando el apartado de Observaciones. También cambiamos el orden a los apartados T^a y Diuresis, para favorecer la recogida de datos durante el turno de trabajo. Verificamos que todavía fallamos en la actualización de la pizarra. No siempre se mantiene el momento de intercambio de información entre Enfermera- Tcae al principio del turno, sobre todo por la mañana. Hacemos cambios en la planificación, que quedan descritos más abajo.

NOVIEMBRE 2019: Aprovechando las reuniones de planificación y reparto de festivos en período navideño, a las cuales acude la mayor parte del personal, se da un toque de atención y se recuerda la dinámica propuesta en este plan.

Se repiten las pautas previstas:

- En el turno de mañana, una vez que todos los profesionales han recibido el parte proveniente de su compañero del turno anterior, antes de iniciar la preparación de medicación las enfermeras y la recogida de diuresis y control de temperaturas las Tcaes, dedicaremos 5 minutos a la interacción entre cada enfermera y su Técnico correspondiente para poner en común incidencias, pruebas, cambios en los pacientes que se comparten. Este momento de comunicación tendrá lugar en el Control de Enfermería.
- Según los cambios que ha habido durante el turno y tras el pase de visita médica, la enfermera actualizará los datos reflejados en la pizarra referentes a pruebas, movilización, control diuresis y altas de pacientes a domicilio o traslados a otro centro.
- Cada Tcae modificará su parte actualizándolo según los cambios que ha habido para poder transmitirlo con la mayor fiabilidad al compañero que le releve en el turno.
- Nos preocuparemos de que haya siempre plantillas disponibles para el parte de Tcae.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La valoración unánime del equipo de mejora es positiva. A pesar de que en un principio este proyecto fue recibido de forma reticente por la mitad del personal Tcae, tras este período percibimos que la gente está utilizando nuestro formato y se ha visto un esfuerzo general por aplicar las medidas propuestas. No disponemos de momento de indicadores objetivos para cuantificar los resultados.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras la última reunión del equipo de mejora realizada en noviembre y la nueva planificación diseñada, decidimos posponer la recogida de la muestra al azar de hojas de parte escrito cumplimentadas, hasta el primer trimestre de 2020.

Por unanimidad se decide prolongar este plan de mejora durante el primer semestre del año 2020 con el siguiente calendario:

- Marzo 2020: Elaboración nueva encuesta que se ofertará a todo el personal de la unidad. Se cumplimentará durante el mes de abril.

- Mayo 2020: Valoración conclusiones de la encuesta. Evaluación final. Sesión general en la Unidad para transmitir los resultados a todo el personal.

Finalización del proyecto de mejora.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/811 ===== ***

Nº de registro: 0811

Título
MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACION EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MEDICAS

Autores:
PEYRET FERRER INMACULADA, SANMARTIN LOBERA PAULA, ALTEMIR CORTES MARIA, RODRIGUEZ RODRIGUEZ EMILIA, CRUELLAS SATORRES EDUARDO, MUZAS SUBIAS MARIA JOSE, BUERA PANO LETICIA, CABRERIZO MUZAS ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades crónicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Un intercambio de comunicación productivo y eficaz entre los distintos profesionales del equipo en una planta de hospitalización es básico para una adecuada atención al paciente.

Para fomentar la seguridad a nivel hospitalario, una de las soluciones que propone la OMS es la mejora de la comunicación. Debe ser una comunicación constructiva.

La continuidad en el seguimiento del paciente es primordial para una evolución adecuada de su patología. Nos encontramos en una planta de hospitalización en la que Enfermería realiza turnos de 12 horas y TCAE turnos de 8 horas. Con frecuencia acude personal ajeno a la planta, que realiza sustituciones en días de libranza del personal habitual, cubre situaciones de baja por enfermedad, permisos...

Al no ser siempre el mismo personal, es difícil un seguimiento continuo del paciente, por lo que hemos detectado que se pierde información en los cambios de turno.

Se pretende unificar criterios concernientes a la información básica que se debe dar en el relevo o parte en cada cambio de turno, tanto entre enfermera-Tcae, como Tcae-Tcae y viceversa.

Ha de incidir en las variables que hayan variado de su curso normal dentro del turno, informando de cualquier cambio relevante, cualquier excepción: ayunas, pruebas, intervenciones...

Esto complementa la información que se deja por escrito, de todas las actividades que llevamos a cabo en nuestro proceso de cuidados.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0811

1. TÍTULO

MEJORA EN EL INTERCAMBIO DE COMUNICACIÓN EN EL CAMBIO DE TURNO ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA PLANTA DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir la pérdida de información importante para el proceso de cuidados del paciente, que se pierde en los cambios de turno.
- Mejorar la calidad de atención a nuestros pacientes.
- Mejorar la comunicación entre el personal implicado en la atención al paciente, dentro de la planta de hospitalización.

MÉTODO

- Diseñar una encuesta a cumplimentar por el personal en plantilla de nuestra planta, para verificar el porcentaje de personas que consideran necesario una modificación en la forma de dar el parte en el cambio de turno.
- Reuniones periódicas de los miembros del equipo de mejora para puesta en común y toma de decisiones.
- Revisión y búsqueda bibliográfica de modelos.
- Revisión del formato utilizado hasta la actualidad.
- Elaboración de modelos de parte para transmisión de información entre los distintos profesionales.
- Sesión informativa
- Evaluación del proyecto y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.

INDICADORES

Se realizará una encuesta a los miembros del equipo de hospitalización en la que evalúen la efectividad, practicidad, agilidad del modelo utilizado. Inicialmente se realizará una revisión para cuantificar los errores que se observan con el formato actual de modelo de parte y cifrar el porcentaje de errores observados. Tras el diseño del nuevo modelo, aceptación e implementación, se recogerá nueva muestra al azar de hojas una vez cumplimentadas, para comprobar el porcentaje de errores y cuantificar la mejora.

DURACIÓN

Marzo 2019: Diseño encuesta previa para definir necesidades.
Abril 2019: Revisión modelo actual para cuantificar porcentaje errores. Cumplimentación encuesta por parte del personal.
Abril a Junio 2019: Acciones de mejora.
Junio 2019: Sesión informativa al personal de la planta para difusión nuevo modelo diseñado.
Diciembre 2019: Evaluación del proyecto mediante nueva encuesta al personal de la planta.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE MONICA VALDERRAMA RODRIGUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BUSTOS MORELL CRISTINA
SAHUN GARCIA ELISA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante 2018 se ha mejorado el circuito de vacunación a pacientes de riesgo de inmunosupresión, en fase de prevención o ya en fase de inmunosupresión establecida, ya esté producida por patologías o por fármacos. Medicina Preventiva ha ampliado el protocolo de vacunaciones a este tipo de pacientes incluyendo a los procedentes de Neurología (Esclerosis múltiple) y ampliando la oferta de vacunaciones a los pacientes de Nefrología (Insuficiencia renal crónica avanzada, en fase de prediálisis o ya en terapia sustitutiva, así como los pacientes candidatos a trasplante renal). Farmacia ha establecido en el Centro Sanitario Bajo Cinca una consulta de recepción de los informes con las prescripciones de vacunas y los gestiona directamente con Farmacia del Hospital de Barbastro el suministro de las citadas vacunas, evitando a los pacientes el desplazamiento hasta el Hospital de Barbastro y proporcionando mayor seguridad al evitar problemas en la cadena de frío de las vacunas. Se ha implementado en la Historia clínica electrónica la interconsulta virtual de Atención Primaria con Medicina Preventiva, siendo vehículo tanto para consulta de dudas como de remisión de solicitudes de vacunación. Se está a la espera de la implementación de la consulta física cuando haya disponibilidad de recursos materiales y espacio y así lo disponga la Dirección del Hospital.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los indicadores al estar relacionados con la implementación de consulta estructural no se han cumplido porque la consulta no se podido todavía iniciar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mejora en el protocolo de vacunaciones ampliando la oferta de vacunaciones consensuada con diversas especialidades, Farmacia y Preventiva mejorando así el estado de salud de los pacientes y la equidad respecto a otros hospitales del SALUD, la mejora en la accesibilidad a Preventiva por parte de Primaria para remisión de solicitudes y resolución de dudas a través de la implementación de la interconsulta virtual, mejorando la eficiencia al disminuir la inversión de tiempo en localizar telefónicamente a la preventivista, pérdidas de solicitudes escritas así como evitar interrupciones del trabajo ordinario, la mejora en la seguridad clínica de los pacientes y en la calidad de la atención a los mismos al evitar un desplazamiento importante a los pacientes de la zona de Fraga gestionando directamente entre las Farmacias del Centro Sanitario Bajo Cinca y el Hospital de Barbastro ha sido posible gracias al interés personal de los equipos que conforman tanto los Servicios de Farmacia como de Preventiva, contando con la inestimable colaboración de Atención Primaria. Queda pendiente como mejora conseguir la estructura y recursos necesarios para poder implementar la consulta y poder gestionar de manera integral todo el proceso de vacunación aumentando aún más la seguridad del paciente y mejorando la eficiencia de los servicios hospitalarios implicados y de Atención Primaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/154 ===== ***

Nº de registro: 0154

Título
IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Autores:
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, BUSTOS MORELL CRISTINA, SAHUN GARCIA ELISA MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patologías y prescripciones susceptibles de producir inmunosupresión
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Actualmente hay un circuito implementado por parte de Medicina Preventiva, Farmacia y Atención Primaria para vacunar a pacientes de riesgo. Cuando hay un paciente susceptible de vacunación según el protocolo de Medicina Preventiva, Primaria y Especializada hospitalaria solicitan valoración a Preventiva, la cual realiza los informes con la información obtenida por intranet hospitalaria e historia clínica electrónica; Farmacia suministra las vacunas a los pacientes directamente como pacientes externos, previamente Primaria confirma la información recogida electrónicamente directamente con el paciente por si hay registros en papel que desconoce Preventiva y, administra las vacunas que Farmacia le dispensa al paciente.

Al no poder historiar al paciente directamente, se han detectado las siguientes incidencias:

1. No se puede contrastar la información ni tomar decisiones teniendo que redactar los informes con instrucciones condicionales, lo que conlleva aumento de la carga de trabajo para Preventiva y Primaria.
2. Farmacia ha visto aumentada su carga de trabajo y no siempre acuden los pacientes con las serologías realizadas previamente a las vacunaciones o con la información cotejada por parte del médico de Primaria.
3. No se tiene la seguridad de que los pacientes conserven la cadena de frío necesaria para que las vacunas no pierdan eficacia.
4. Primaria también ve incrementado su trabajo asistencial así como presenta dudas sobre la administración de vacunas que revierten en consultas a Preventiva tanto telefónicas como telemáticas.

Todo ello hace que se hayan detectado oportunidades de mejora a todos los niveles si se implanta consulta de vacunación en nuestro hospital.

El incremento de pacientes en estado de inmunosupresión, bien por patologías o por prescripción de tratamientos inmunosupresores, cada vez más agresivos, y la necesidad del resto de especialistas de cumplir con las indicaciones de vacunación recomendadas tanto por parte de los laboratorios productores de dichos fármacos y sus sociedades médicas, ha hecho que se incremente la solicitud de vacunación, y pasemos en 2016 de 120 informes realizados, a 230 en 2017, aproximadamente el doble.

RESULTADOS ESPERADOS

Con la implantación de la consulta se conseguiría:

1. Una mejora de la gestión del proceso en el paciente, ya que sería una gestión integral por parte de Medicina Preventiva, controlando todo el proceso, desde la prescripción hasta la administración y controles posteriores.
2. Una mejora en seguridad del paciente respecto a la conservación y suministro de las vacunas, manejo de las administraciones, así como supervisión de los controles analíticos.
3. Un incremento y mejora de la oferta de la cartera de servicios del hospital, ya que el Hospital de Barbastro junto con el Hospital Provincial de Zaragoza son los únicos hospitales de agudos del Salud que no tienen consulta de vacunación -el Provincial de Zaragoza los remite al Hospital Rojo Villanova- mejorando por ende la imagen del hospital.

Población diana: toda la población del Sector de Barbastro en riesgo de inmunosupresión, por patología o por fármacos, susceptible de vacunación.

MÉTODO

Implementar consulta de vacunación en el Hospital con la colaboración de Farmacia, valorando necesidades de cobertura y almacenamiento.

INDICADORES

Indicador de monitorización de proyecto:

- implementación de consulta. Estándar SI

Indicador de resultados:

- porcentaje de pacientes con gestión integral del programa de vacunaciones: nº de pacientes que concluyen el programa de vacunaciones en consulta de Preventiva / nº de pacientes que inician programa de vacunaciones en consulta de Preventiva. Estándar >90%

DURACIÓN

Implementación en 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0154

1. TÍTULO

IMPLANTACION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO DE CONSULTA DE VACUNACION EN PACIENTES DE RIESGO

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

Fecha de entrada: 23/02/2018

2. RESPONSABLE ANA BARRIGA CONDE
· Profesión TEL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LASUS AGRAZ SUSANA
LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA
HERNANDEZ MORENO ELENA
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION
BETRAN ESCARTIN ANA
LOPEZ AGUERRI NATALIA
COSTA CATALAN PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PRIMERA QUINCENA DE JUNIO REALIZACION DE UNA TABLA DE REGISTRO DE ERRORES
PRIMERA QUINCENA DE JUNIO REALIZACION DE UNA TABLA DE REGISTRO DE CUALIFICACION DE PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION
SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO HASTA 30 SEPTIEMBRE REGISTRO DE ERRORES EN LA SIEMBRA DE PLACAS Y CONTABILIZACION DEL PERIODO DE APRENDIZAJE DEL TEL SUSTITUTO DE VACACIONES
EN MAYO DEL 2017 INCORPORACION DE NUEVAS ETIQUETAS REALIZADAS EN EL SERVICIO DE INFORMATICA DEL HOSPITAL
SEGUNDA QUINCENA DE JUNIO HASTA 30 SEPTIEMBRE DE 2017 RECOGIDA DE DATOS DE ERRORES Y CUALIFICACION DEL TEL SUSTITUTO Y SU REGISTRO EN LAS TABLAS CORRESPONDIENTES

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

ERRORES DE SIEMBRAS REGISTRADOS EN EL 2015:
22%
ERRORES DE SIEMBRAS REGISTRADOS EN EL 2017 CON LAS NUEVAS ETIQUETAS:
8%
PERIODO DE CUALIFICACION EN EL 2015 DEL TEL SUSTITUTO:
OCHO DIAS
PERIODO DE CUALIFICACION EN EL 2017 DEL TEL SUSTITUTO:
CINCO DIAS

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

EL PERSONAL DEL SERVICIO DE MICROBIOLOGIA TEL Y MICROBIOLOGOS SE SIENTEN MUY SATISFECHOS CON EL PROYECTO REALIZADO.
CON ESTA NUEVA ACCION SE OPTIMIZA EL TIEMPO DEL TEL INSTRUCTOR Y TAMBIEN SE REDUCEN COSTES EN EL MATERIAL.
EL TIEMPO DE RESPUESTA DEL RESULTADO FINAL NO SE DEMORA.

7. OBSERVACIONES.

LA TARDANZA EN EL RESULTADO FINAL DEL PROYECTO HA SIDO CONSECUENCIA DE LA DEMORA EN LA REALIZACION DE LAS ETIQUETAS POR EL SERVICIO DE INFORMATICA.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/340 ===== ***

Nº de Registro: 0340

Título
INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

Autores:
BARRIGA CONDE ANA MARIA, LASUS AGRAZ SUSANA, LOPEZ SANCHEZ BELEN MARIA, HERNANDEZ MORENO ELENA, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, BETRAN ESCARTIN ANA, COSTA CATALAN PALOMA, LOPEZ ARREGUI NATALIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

En el laboratorio de microbiología actualmente se utilizan unas etiquetas indentificativas que se obtienen desde un excel que realizó en su día informática para poder identificar y empezar a trabajar la muestra en el momento que se recibe. Cada muestra tiene un tratamiento distinto y se utilizan distintas placas y medios para su siembra. El personal de nueva incorporación tiene que funcionar al principio con referentes colocados en el lugar de siembra, para hacerlo correctamente, pues un error en la elección de la placa necesaria, supone el retraso en la obtención del resultado, de 24 ó 48 horas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0340

1. TÍTULO

INCORPORACION DE UN NUEVO CAMPO EN LAS ACTUALES ETIQUETAS UTILIZADAS EN EL LABORATORIO DE MICROBIOLOGIA

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Facilitar el aprendizaje a los TEL de nueva incorporación, evitando errores en la siembra de la muestra.

MÉTODO

Hacer la petición al servicio de informática del Hospital de la necesidad de añadir un nuevo campo a las etiquetas que ya utilizamos.

Realizar un registro de errores en la siembra de placas.

Contabilizar el tiempo de aprendizaje en las nuevas incorporaciones.

INDICADORES

- Disminución del tiempo de aprendizaje
- Facilitar el trabajo del personal
- Disminución de errores en la siembra de placas.

DURACIÓN

De Junio a Septiembre, petición de la ampliación de un campo en la etiqueta, al servicio de informática.

Primera quincena de Junio, creación de una tabla para el registro de errores en la siembra de placas.

Primera quincena de Junio, creación de un tabla registrando nombre y periodo de aprendizaje de los TEL de nueva incorporación.

Segunda quincena de Junio hasta Septiembre de 2015, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del periodo de aprendizaje del TEL sustituto de vacaciones.

De Octubre de 2015 a Mayo 2016, actuación con las nuevas etiquetas.

Junio a Septiembre de 2016, registro de errores en la siembra de placas y contabilización del TEL sustituto de vacaciones.

Octubre de 2016 conclusiones finales

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE CARLOS LAPRESTA MOROS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL
MALO FERRER MARIA ANGELES
NADAL ABADIAS NATALIA
MIRANDA PEREZ LOURDES
COSTA CATALAN PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

INTRODUCCIÓN:

En un hospital de 160 camas, se diseñó un plan de mejora de la calidad en dos fases: un estudio inicial en todos los pacientes de una planta de especialidades médicas, para analizar la incidencia y factores de riesgo de portación de SARM; y una fase de actuación en dos plantas médicas mediante la detección activa, aislamiento en cohortes y seguimiento de los pacientes que cumplían los criterios de riesgo (PcSARM).

MATERIAL Y METODOS:

Inicialmente se tomaron frotis nasales para cultivo de SARM en todos los pacientes al ingreso y al alta durante un periodo de 17 días. (85 pacientes, 512 estancias.) Se analizaron: procedencia de residencias de ancianos y antecedentes de ingresos y tratamientos antibióticos.
En la segunda fase se frotaron los pacientes identificados como PcSARM, al ingreso, control de descontaminación, y al alta. A todos los portadores se les realizaron baños diarios con Clorhexidina. El procedimiento se protocolizó mediante vía clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS:

Primera fase: completaron el estudio 63 pacientes. 6 pacientes fueron portadores al ingreso (7%). Solamente uno de ellos se detectó en un cultivo clínico. La incidencia detectada fue del 1.8%, y la real del 10.2%, con una densidad de incidencia de 2 y 14 por mil estancias respectivamente. No se diagnosticó ninguna infección por SARM. La densidad de transmisión de SARM detectada fue 0, y la real de dos casos por 1000 estancias. El riesgo fue del 38 % para las residencias y del 20 % para los ingresos previos, siendo 0 para el tratamiento antibiótico previo si se presentaba como único factor de riesgo.
El parámetro más eficiente correspondió a las residencias, ya que estudiando al 15% del total de los pacientes se detectó el 50% de los casos; un 45% de los pacientes presentaban ingresos previos.

En la segunda fase se actuó sobre los pacientes procedentes de residencias. Los portadores pertenecieron a 20 residencias diferentes, sin hallarse un predominio en la prevalencia en ninguna de ellas.
De los 115 frotis al ingreso fueron positivos el 25%. La descolonización nasal se realizó en el 86%. Frotis de control se hicieron en el 52%, siendo negativos el 87%. La descontaminación cutánea se cumplió en el 97% de los casos.

Respecto a los frotis al alta, el cumplimiento fue del 79%, siendo positivo en el 9%. Un 5.6% de los negativos al ingreso que se estudiaron al alta (53 casos) fueron positivos, no pudiendo dilucidarse si fueron portadores no detectados al ingreso, o bien lo adquirieron durante su estancia, ya que la sensibilidad del frotis nasal para la detección de portadores se encuentra en torno al 70%.

Paralelamente se han desarrollado actividades de formación con muy buena respuesta.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

- * En nuestro hospital el factor de riesgo más eficiente para la detección de portadores de SARM es el domicilio en residencia de ancianos.
- * La implantación de una vía clínica para pacientes con criterio de SARM ha presentado un elevado cumplimiento.
- * Se ha conseguido una tasa de descolonización al alta del 64%.
- * La detección activa ha facilitado las medidas preventivas y la atención a los pacientes mediante el aislamiento en cohortes.
- * Se ha observado una gran motivación por parte del equipo y en general de los distintos profesionales del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

hospital, ya que la elevada prevalencia de SARM en el hospital de Barbastro se percibe como un problema que necesita solución.

En futuros proyectos se debería medir la continuidad en el tiempo de estas medidas, y el impacto de las mismas sobre la prevalencia de colonizados y sobre la infección por SARM.

Se deberían realizar proyectos similares sobre otros multiresistentes, como Pseudomonas aeruginosa resistente a Carbapenémicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/197 ===== ***

Nº de registro: 0197

Título
PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

Autores:
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, LAPRESTA MOROS CARLOS, MALO FERRER MARIA ANGELES, NADAL ABADIAS NATALIA, MIRANDA PEREZ LOURDES, COSTA CATALAN PALOMA, MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Infección/colonización por gérmenes multiresistentes
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el proyecto de calidad (num 449) del año 2015 se ha desarrollado un protocolo de detección y descontaminación de portadores de SARM al ingreso entre los pacientes con factores de riesgo determinados. Actualmente se ha implantado dicho protocolo y vía clínica en las áreas de urgencias y hospitalización. El objetivo del nuevo proyecto consiste en la evaluación de las medidas implantadas y los resultados obtenidos, para llevar a cabo un proceso de mejora continua.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir la transmisión de SARM, optimizando los aislamientos y mejorar la atención del paciente portador mediante el uso de protocolos y vías clínicas.

MÉTODO

Las medidas previstas serán:
**Continuar con la detección activa en urgencias y plantas de hospitalización, de portadores de SARM (Enfermería y Microbiología), su ubicación en cohortes (Enfermería y Med. Preventiva) y la realización del protocolo de descontaminación correspondiente mediante vía clínica.(Enfermería, Med. Preventiva y Microbiología).
**La evaluación de los resultados y el diseño del plan de mejora continua. (Med. preventiva, microbiología y unidades de enfermería)

INDICADORES

Los indicadores a evaluar serán: la incidencia de SARM, la densidad de incidencia, la densidad de transmisión. Y el objetivo a conseguir será la disminución de los mismos con respecto al año anterior.
Otro indicador sería el número de pacientes aislados en habitación individual por SARM y el objetivo será disminuirlo con respecto al año anterior.

DURACIÓN

2016- evaluación- diseño del plan de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0197

1. TÍTULO

PLAN PARA LA DISMINUCION DE LA PREVALENCIA DE SARM EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO: IMPLANTACION, EVALUACION Y MEJORA DE UN PROTOCOLO DE DETECCION Y DESCONTAMINACION DE PORTADORES AL INGRESO

2017- implantación

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/02/2018

2. RESPONSABLE ANA ISABEL BETRAN ESCARTIN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LOPEZ GOMEZ CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Se ha evaluado la la resistencia in vitro del uropatógeno comunitario más frecuentemente aislado en infecciones de orina comunitarias en el Sector de Barbastro

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
E. coli ha sido la bacteria más frecuentemente aislada durante el periodo de estudio, suponiendo el 61,08% del total de urocultivos positivos enviados desde Atención Primaria. De forma global, en este periodo ha habido un aumento de la resistencia de los aislamientos de E. coli a todos los antimicrobianos estudiados. Aún así, la resistencia se ha mantenido por debajo del 4% frente a fosfomicina y nitrofurantoína y por debajo del 10% en cefalosporinas de segunda y tercera generación. La resistencia frente a amoxicilina-clavulánico ha ido aumentando en estos años hasta alcanzar el 21,5% en 2013, siendo este antibiótico el único que ha presentado un incremento estadísticamente significativo.
Los máximos niveles de resistencia (superior al 30%) se encontraron en los antibióticos administrados vía oral y frecuentemente indicados en infecciones urinarias no complicadas: trimetoprim-sulfametoxazol, ciprofloxacino y ampicilina.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
El conocimiento periódico y actualizado de los patrones de sensibilidad de los microorganismos más frecuentemente aislados en muestras de orina en cada área de salud permite elegir tratamientos empíricos más adecuados y eficaces.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/248 ===== ***

Nº de registro: 0248

Título
OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
BETRAN ESCARTIN ANA ISABEL, LOPEZ GOMEZ CONCEPCION, CORED NASARRE ROSA MARIA, LOPEZ AGUERRI NATALIA, BARRIGA CONDE ANA, LOPEZ SANCHEZ BELEN, COSTA CATALAN PALOMA, SOTO BEDMAR ALICIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología: Infecciones tracto urinario
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Investigación, publicación, estudios
Otro Enfoque.....: Optimización uso antibioterapia

PROBLEMA
Las infecciones del tracto urinario (ITU) son uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria. El conocimiento de los patrones antibióticos de las bacterias que más frecuentemente producen ITU en el ámbito local, es importante para indicar un tratamiento empírico racional y adecuado.
El proyecto de mejora pretende investigar las infecciones urinarias de nuestro sector sanitario con el fin de recomendar la antibioticoterapia empírica apropiada en base a los microorganismos aislados y su perfil de susceptibilidad antibiótica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0248

1. TÍTULO

OPTIMIZACION DEL USO DE ANTIMICROBIANOS EN INFECCIONES URINARIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD DEL SECTOR DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la calidad del uso de antibióticos en nuestro Sector Sanitario y valorar si alguna de las pautas de tratamiento empírico para ITU aceptadas en nuestro país serían aplicables en nuestro entorno.
- Implicar a los profesionales sanitarios en un proceso de mejora continua en el uso de antibióticos.

MÉTODO

El equipo de trabajo está constituido por personal del Laboratorio, el cual:

- Definirá las variables que se registrarán para el análisis de datos (microorganismos aislados, patrón antibiótico y mecanismos de resistencia).
- Establecer los criterios de inclusión de pacientes en el estudio.
- Revisión de bibliografía y de las recomendaciones de las principales guías de tratamiento antibiótico de nuestro país.

INDICADORES

Los indicadores en este estudio van a ser:

- Medir la evolución del patrón de resistencia antibiótica de los principales microorganismos aislados en los últimos años en ITU comunitarias de nuestro sector sanitario.
- Comprobar si el incremento/disminución de la resistencia antibiótica ha sido estadísticamente significativo.

DURACIÓN

Durante 2016 se recogerán datos y se diseñará el plan de mejora y durante 2017 se implantará el mismo y se analizarán los datos obtenidos

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Fecha de entrada: 26/02/2020

2. RESPONSABLE PILAR ROBRES GUILLEN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PEREIRA BOAN JAVIER
CATENA LACOMA MARIA JOSE
COSTA CATALAN PALOMA
LOPEZ SANCHEZ BELEN
GALINDO SERRANO IZARBE
MORERA TARDOS MARIA PILAR
GARCIA MINGUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Grupo de trabajo creado
- Sesión con normas y recomendaciones en Comisión Técnico Asistencial de Atención Primaria (coordinadores médicos y de enfermería de todos los Equipos de Atención Primaria y dirección)
- Búsqueda bibliográfica de normas y recomendaciones de recogida, almacenaje y transporte de muestras. El manual de recogida y transporte de muestras para microbiología todavía está en borrador, no se ha podido finalizar el mismo
- Se ha diseñado una extracción en el programa modulab del laboratorio para contabilizar y hacer el seguimiento de incidencias en las muestras enviadas desde atención primaria. Se han realizado 2 análisis y se han detectado las principales incidencias y su registro. Aunque nos cuesta diferenciar las incidencias en las muestras y en los contenedores, además creemos que existe un infraregistro.
- Se ha elaborado una encuesta para los centros de salud de Atención Primaria para comprobar el estado actual en relación a la recogida, almacenaje y transporte en los Centros de Salud

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El Manual no ha podido finalizarse, aunque está en fase de borrador.
- Encuesta diseñada, se ha enviado a las coordinadoras de enfermería de los EAP y estamos a la espera de alguna contestación (hasta la fecha tenemos la respuesta de 6 centros). Esta semana se va a volver a solicitar.
- Diseño de extracción de datos de incidencias del programa Modulab: 861 muestras con "motivos de rechazo" de las remitidas desde Atención Primaria en el año 2019 (91 por muestra no recibida).
- 517 incidencias de contenedores que provienen de Atención Primaria en el año 2019 (Falta muestra 280; Error registro 114; Mal recogido 18).
- Total muestras en 2019: 33868.
- Total muestras en 2019 de Atención Primaria: 18559.
- % muestras de AP en 2019: $18559/33868=54,8\%$.
- % muestras con rechazo de AP: $861/18559=4,6\%$.
- Total contenedores en 2019: 41925.
- Total contenedores en 2019 de Atención Primaria: 24188.
- % muestras de AP en 2019: $24188/41925=57,7\%$.
- % muestras con incidencias de AP: $517/24188=2,1\%$.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- El proyecto no está finalizado, se han conseguido algunos objetivos, pero otros de momento no, por lo que se plantea una continuidad del proyecto para el año 2020.
- Se ha mejorado la coordinación con Atención Primaria y hemos logrado diseñar un sistema de explotación de incidencias de muestras en el laboratorio de Microbiología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/13 ===== ***

Nº de registro: 0013

Título

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

Autores:

ROBRES GUILLEN PILAR, PEREIRA BOAN JAVIER, CATENA LACOMA MARIA JOSE, COSTA CATALAN PALOMA, LOPEZ SANCHEZ BELEN, GALINDO SERRANO IZARBE, MORERA TARDOS MARIA PILAR, GARCIA MINGUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La actividad del Laboratorio de Microbiología está orientada esencialmente al diagnóstico microbiológico de las enfermedades infecciosas, cuyo diagnóstico depende de la calidad de las muestras clínicas recibidas. Las muestras mal recogidas, conservadas y transportadas de forma inadecuada pueden implicar errores en el diagnóstico y tratamientos inadecuados. La existencia de un Manual de Toma de Muestras actualizado, consensuado y disponible para el personal sanitario es esencial para que la actividad del Laboratorio de Microbiología se desarrolle de forma eficaz, eficiente y con criterios de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Publicar normas comunes de recogida, almacenaje y transporte de muestras microbiológicas para todos los EAPs (Equipos de Atención Primaria) del Sector
- Optimizar los diagnósticos y hallazgos en el Servicio de Microbiología
- Disminuir los errores y muestras en malas condiciones que llegan al servicio de Microbiología (muestras inadecuadas)
- Mejora de la conservación, almacenaje y transporte de las muestras en los centros de salud
- Mejorar la comunicación entre AP y microbiología, con especial hincapié en las muestras inadecuadas
- Adecuar en la medida de lo posible las neveras de los Centros de Salud y las neveras de transporte

MÉTODO

- Crear un grupo de trabajo
- Publicar Manual de recogida y transporte de muestras para microbiología
- Difundir el manual entre los EAPs del sector, extensible a servicios hospitalarios
- Revisar las condiciones actuales de conservación en los CS y transporte de muestras al hospital; así como el material disponible para toma de muestras en los CS

INDICADORES

- Reuniones del grupo
- Manual publicado
- Sesiones de formación en los CS
- Número de muestras inadecuadas recibidas en el Laboratorio de Microbiología tras la difusión del Manual de Toma de Muestras (<2% del total de muestras)
- Número de muestras mal transportadas recibidas tras la difusión del Manual (<2% del total de muestras)

DURACIÓN

Manual aprobado y publicado: Mayo 2019
Sesiones de formación en los CS: Mayo-Junio 2019
Recogida de indicadores y seguimiento: Julio 2019 a diciembre 19
Evaluación indicadores: Enero 2020

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 - 2019/0013

1. TÍTULO

MEJORA DE LA RECOGIDA, ALMACENAJE Y TRANSPORTE DE MUESTRAS DE MICROBIOLOGIA DESDE ATENCION PRIMARIA

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOSE CATENA LACOMA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ROBRES GUILLEN PILAR
OTTO NOGUERO MARIA PAZ
PEREZ RUEDA NOELIA
GONZALEZ PAVON LAURA
BARRIGA CONDE ANA MARIA
LANAO SENZ PILAR
PUYAL MELE ANA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para llevar a cabo este proyecto se procedió a realizar un cuestionario para autocumplimentación a los profesionales de enfermería del Hospital de Barbastro y del Casar de Fraga, incluyendo variables cualitativas y cuantitativas sobre la extracción de hemocultivos. Dicho cuestionario se llevo a cabo en el periodo de Abril-mayo 2019. A dicho cuestionario contestaron 113 profesionales de enfermería. Se esta llevando a cabo el análisis de dichos cuestionarios, para realizar una charla informativa de los resultados obtenidos así como proceder a la formación para llevar a cabo la técnica de extracción de hemocultivos. Se elaborara un protocolo de actuación y posters sobre la técnica. Una vez realizado esto se volverá a pasar un cuestionario para valorar como son los resultados tras las acciones correctivas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Dichos resultados no están disponibles ya que se esta llevando a cabo el análisis de los datos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La participación a la hora de cumplimentar los cuestionarios fue alta por parte del personal de enfermería del Hospital de Barbastro. El proyecto sigue en seguimiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/490 ===== ***

Nº de registro: 0490

Título
PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

Autores:
CATENA LACOMA MARIA JOSE, ROBRES GUILLEN PILAR, OTTO NOGUERO MARIA PAZ, PEREZ RUEDA NOELIA, GONZALEZ PAVON LAURA, BARRIGA CONDE ANA MARIA, LANAO SENZ PILAR, PUYAL MELE ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se define como bacteriemia y fungemia, a la presencia en sangre de bacterias y hongos, respectivamente. Procesos asociados a una mortalidad elevada, que puede oscilar entre el 10-30% según las series consultadas y el tipo de proceso. Debido a la importancia diagnóstica y pronostica de la bacteriemia y de la fungemia, constituyen una de las prioridades del Laboratorio de Microbiología Clínica.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

En la actualidad el hemocultivo sigue siendo el principal método de diagnóstico para determinar la etiología de una bacteriemia y/o fungemia. Su fácil realización lo hace asequible a cualquier centro y es el único método que hasta el momento permite el aislamiento del microorganismo viable, lo que es necesario para determinar su sensibilidad antibiótica. La utilidad del hemocultivo, sin embargo, está muy asociada a que se realice exclusivamente en pacientes con clínica compatible con bacteriemia porque la extracción en otras circunstancias incrementa el gasto sanitario y no aporta información clínicamente útil. Por otro lado, su valor práctico en el diagnóstico se ve perjudicado por el retraso en la obtención de resultados y porque no es positivo en todos los pacientes, siendo su rendimiento más bajo en aquellos pacientes en los que ya se ha instaurado tratamiento antibiótico o si la infección se produce por hongos, por bacterias de crecimiento lento o por aquellas con requerimientos especiales de crecimiento. Otro factor limitante clave es la elevada proporción de hemocultivos contaminados por microorganismos pertenecientes a la microbiota de la piel; este proceso genera errores diagnósticos, tratamientos inadecuados y ocasiona un elevado gasto económico para el sistema sanitario. Se acepta como tasa máxima de contaminación el 3% de los hemocultivos practicados.

En 2018 en el Laboratorio de Microbiología del Hospital de Barbastro, se recibieron un total de 4101 extracciones de hemocultivo, procedentes de las diferentes unidades del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga. De todos ellos, un 5,60% (n: 230) la interpretación del hemocultivo fue "contaminado" o "posible contaminación", porcentaje muy superior al aceptado en las guías que recordemos no debe ser superior al 3%.

La aplicación de una buena metodología para la extracción y procesamiento de los hemocultivos es necesaria para el aislamiento de todos los microorganismos productores de bacteriemia y/o fungemia. Siendo muy importante que el profesional encargado de realizar la toma del hemocultivo conozca y reciba formación sobre el momento y el lugar de extracción, la cantidad de sangre que hay que obtener, la atmósfera de incubación de los frascos de cultivo, el número de extracciones y las condiciones de asepsia a seguir.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO PRINCIPAL

Conocer la variabilidad práctica de los DUE del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, sobre la técnica para la extracción de los hemocultivos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Reconocer los signos y síntomas que un paciente debe presentar para la extracción de hemocultivos por parte de los profesionales de enfermería.

Determinar las condiciones de asepsia/esterilidad de la técnica.

Establecer la utilización (desinfección, orden de llenado, volumen, cambio de aguja) de los frascos de hemocultivo.

MÉTODO

1º Realizar un estudio descriptivo observacional transversal mediante la entrega de un cuestionario para autocumplimentación a los profesionales de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, incluyendo variables cualitativas y cuantitativas sobre la extracción de hemocultivos. Periodo estimado: 1 mes.

2º Realizar una charla informativa de los resultados obtenidos, así como formativa sobre el protocolo a seguir en la extracción de hemocultivos. Elaboración de protocolo de actuación y posters recordativos de la técnica.

3º Evaluar con la entrega de un nuevo cuestionario al personal de enfermería en diciembre del 2019 y con la valoración de los resultados de los hemocultivos, si ha existido variabilidad en el número de hemocultivos contaminados en el Hospital de Barbastro y CASAR de Fraga entre el antes y el después de la acción correctiva.

INDICADORES

- Número de extracciones de hemocultivo "contaminados" o "posiblemente contaminados" en 2019.

DURACIÓN

- Entrega cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 15 de marzo y el 15 de abril de 2019.

- Análisis de los resultados y elaboración de protocolo de actuación y posters, entre el 15 de abril y el 31 de mayo de 2019.

- Charla-taller formativo, primera quincena de junio de 2019.

- Entrega de segundo cuestionario al personal de enfermería del Hospital de Barbastro y del CASAR de Fraga, entre el 1 y 31 de diciembre de 2019.

- Análisis comparativos de los resultados entre el primer y el segundo semestre del 2019, en el primer trimestre del 2020.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .. :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0490

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE HEMOCULTIVOS EN EL SECTOR DE BARBASTRO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE CONCEPCION VEGA VIDALLE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA HERVAS AMELIA
URBANO GONZALO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha revisado el protocolo seguido actualmente en la Unidad de Hemodiálisis (HD) del Hospital de Barbastro para controles serológicos de VHB, VHC y VIH entre nuestros pacientes, comparándolo con las recomendaciones de la SEN (Guía sobre enfermedades víricas en Hemodiálisis, 2004). Como resultado de la revisión ha sido posible elaborar un nuevo protocolo y calendario de controles serológicos que permite disminuir el número de peticiones al año sin menoscabo de la seguridad de los pacientes.

- Se han elaborado perfiles analíticos donde quedan establecidas las determinaciones a realizar en función de las características de los pacientes asistidos en la unidad de HD (agudo, nuevo paciente crónico, proveniente de otro centro, etc), así como los de control postvacunación.

- Se ha evaluado nuestro protocolo de aislamiento de monitores/pacientes hasta confirmación de la negatividad de marcadores serológicos como control de calidad de la Unidad de HD.

Las actividades de revisión y elaboración de nuevos protocolos y perfiles clínicos han sido realizadas en colaboración con los facultativos del Servicio de Análisis Clínicos del Hospital. En la protocolización de las medidas de aislamiento de monitores contamos con la colaboración de las supervisoras de HD y Análisis clínicos

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Disminución del número de solicitudes de serologías del VHB y VIH desde la implantación del nuevo calendario de peticiones en 2017 respecto a años anteriores, que representa más del 16% en ambos casos. Se cumple el objetivo marcado de conseguir un 10% menos de peticiones.

- Incremento del número de solicitudes de serologías de VHC respecto a 2016. No se cumple pues el objetivo marcado.

- Cumplimentación de los protocolos de aislamiento / desaislamiento de monitores de HD en el 100% de los casos. Se cumple el objetivo marcado (estandar > 99%).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La revisión de los protocolos de controles serológicos para pacientes en HD puso de manifiesto que en nuestra Unidad había un exceso de peticiones respecto a las recomendadas por la SEN, pudiendo hacerse un reajuste de las mismas ahorrando peticiones innecesarias sin que ello represente una reducción en la seguridad de los pacientes. De aquí se deduce la conveniencia de revisar y actualizar los protocolos establecidos cada cierto tiempo (la propia SEN está en fase de revisión de los mismos a la luz de resultados obtenidos con los nuevos tratamientos de la hepatitis C).

- Los resultados dispares obtenidos entre las peticiones de serologías de VHC (aumentadas) y las de VIH-VHB (significativamente reducidas) nos lleva a la necesidad de continuar el estudio durante 2018 para identificar los factores que han llevado a estos resultados y poner en marcha las medidas necesarias para su corrección.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1780 ===== ***

Nº de registro: 1780

Título
REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Autores:
VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto asistencial

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a trasplante renal. En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

MÉTODO

3.1- Revisión del documento "serología de pacientes en Hemodiálisis", actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.

3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.

3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

INDICADORES

Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBS, Ac anti-HBs, Ac anti HbC) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

DURACIÓN

Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE CONCEPCION VEGA VIDALLE

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA HERVAS AMELIA
URBANO GONZALO OSCAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el año 2018 hemos seguido los protocolos y calendario elaborados e implantados en 2017 para controles serológicos de nuestros pacientes de la Unidad de Hemodiálisis (HD), concernientes al VHB, VHC y VIH. Así mismo, hemos mantenido el protocolo de aislamiento de monitores/pacientes hasta confirmar la negatividad de los marcadores serológicos como control de calidad de la unidad de HD. Las actividades han sido llevadas a cabo por enfermería y facultativos de la unidad, en colaboración con el S. de Análisis clínicos para su ejecución y supervisión.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- En 2018 se ha logrado un descenso en el número de peticiones de serologías víricas superior al 25% con respecto a 2016 (antes de la implantación de los nuevos protocolos), tanto en VHB como VHC y VIH. Se han cumplido pues los objetivos marcados (estandar : reducir 10%).
- Hemos conseguido corregir la desviación que tuvimos en 2017 (ver memoria anterior) concerniente a las peticiones de Ac frente al VHC, alcanzando un 40% de disminución este año. En los controles de VHB y VIH también ha habido un descenso de peticiones respecto a 2017, aunque no tan marcado (11 y 2,5% respectivamente).
- Se han cumplimentado los protocolos de aislamiento y desaislamiento de los monitores de HD en el 100% de los casos, consiguiendo así el objetivo marcado (estandar > 99%), como ya sucedió en 2017.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La revisión de los protocolos de controles serológicos de infecciones víricas en nuestros pacientes de HD en 2017 puso de manifiesto el exceso de peticiones que veníamos haciendo respecto a las recomendadas por la SEN. Con los nuevos protocolos se ha hecho evidente que podemos ahorrar peticiones innecesarias manteniendo un nivel de seguridad óptimo para nuestros pacientes.
- En 2017 conseguimos disminuir las peticiones de serologías frente al VHB y VIH, pero hubo un incremento de las de VHC respecto a 2016, ocasionado por la dificultad de hacer llegar adecuadamente la información a todo el personal de la unidad de HD, del que hubo mucha movilidad en ese año. Durante 2018 hemos llevado a cabo un control estricto de las peticiones en nuestra unidad de HD, apoyados por el S. de análisis clínicos mediante la creación de filtros específicos, habiendo conseguido así mejorar los resultados en todas las peticiones de serologías.
- Los resultados obtenidos en las medidas de aislamiento de los monitores son excelentes, fruto de la gran implicación de todo el personal de la unidad de HD, esfuerzo que hay que resaltar en un año 2018 en el que hemos tenido mucho movimiento de pacientes, tanto por vacaciones como por traslados a otros centros hospitalarios
- Es evidente la necesidad de revisar y actualizar los protocolos de trabajo de forma periódica, lo que permite poner de relieve nuestras carencias al tiempo que resalta nuestras fortalezas.
- El trabajo conjunto de facultativos, personal de enfermería y administrativa de nuestra Unidad de HD junto con la colaboración del S. de Análisis clínicos ha permitido que alcancemos nuestros objetivos. En el futuro hemos de continuar este esfuerzo colectivo para mantener y mejorar el nivel de calidad de nuestro trabajo diario.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1780 ===== ***

Nº de registro: 1780

Título

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Autores:

VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, LALANA GARCES MARTA ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyecto asistencial

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los procesos infecciosos inciden notablemente en la morbi-mortalidad de los pacientes atendidos en las Unidades de Hemodiálisis (HD). Dentro de ellos son de especial relevancia las infecciones víricas que, por su transmisión esencialmente parenteral, tienen un elevado riesgo de transmisión nosocomial horizontal: hepatitis B, hepatitis C y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La identificación precoz de pacientes infectivos o potencialmente infectivos portadores de los virus de la hepatitis (VHC y VHB) o del SIDA (VIH) permitirá el establecimiento de las medidas necesarias, incluido el aislamiento cuando proceda, para evitar la transmisión de la infección, así como evaluar las posibilidades terapéuticas en cada caso, especialmente en los pacientes candidatos a trasplante renal.

En todas las Unidades de HD, incluida la nuestra, se realizan determinaciones de serologías víricas con periodicidad establecida siguiendo las recomendaciones de la SEN. Debido al mayor movimiento de pacientes que existe actualmente en nuestra unidad, con la consiguiente mayor demanda de pruebas serológicas, nos ha parecido pertinente revisar nuestros protocolos para adecuarlos a las necesidades actuales.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar el protocolo de serologías víricas de los pacientes de nuestra Unidad de HD ajustándolo a las recomendaciones de la SEN, con objeto de disminuir el número de peticiones innecesarias. Agilizar el proceso de solicitud de peticiones creando perfiles analíticos fácilmente integrables en el sistema informático del laboratorio de nuestro hospital.

MÉTODO

3.1- Revisión del documento "serología de pacientes en Hemodiálisis", actualmente en vigor en nuestra unidad de HD, comparándolo con la Guía sobre enfermedades víricas en hemodiálisis, publicada por la SEN en 2004, a fin de elaborar un protocolo de determinaciones serológicas más ajustado a las recomendaciones de la SEN.

3.2-Reuniones con los facultativos del servicio de Análisis clínicos para elaborar Perfiles Analíticos con parámetros establecidos que se solicitarán de forma automática a través del sistema informático de nuestro hospital. Además, se establecerá un calendario de peticiones y una guía con las pautas a seguir en dependencia de los resultados serológicos obtenidos.

3.3-Reuniones con enfermería de nuestra Unidad de HD y supervisión del Servicio de Análisis clínicos para protocolizar la realización de solicitudes, agilizar la realización de las peticiones y establecer las medidas preventivas a seguir hasta la llegada de los resultados serológicos.

INDICADORES

Todos los indicadores seleccionados se refieren a los pacientes en HD, serán analizados mensualmente y evaluados al cabo de un año (en 2017). Son los siguientes:

- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVIH respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de Ac antiVHC respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de variación de serologías de VHB (AgHBs, Ac anti-HBs, Ac anti HBc) respecto al año anterior. Estandar: reducir un 10%.
- Porcentaje de monitores /pacientes que se ajustan a los protocolos de aislamiento establecidos. Estándar > 99%.

DURACIÓN

Elaboración e implantación de los nuevos protocolos a lo largo de 2017. Desarrollo y evaluación de los resultados en 2017 y 2018.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1780

1. TÍTULO

REVISION, ACTUALIZACION Y PUESTA EN MARCHA DEL PROTOCOLO DE CONTROLES SEROLOGICOS A LOS PACIENTES DE NUESTRA UNIDAD DE HEMODIALISIS EN EL AÑO 2017

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE AMELIA GARCIA HERVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VEGA VIDALLE CONCEPCION
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Rotación de enfermería por la consulta ERCA de Nefrología del Hospital Miguel Servet.
2. Clasificación de pacientes en seguimiento en consultas de Nefrología en base a criterios analíticos que indican enfermedad renal avanzada con criterios de progresión (FG <30 ml/min con proteinuria > 0.5g/24h, FG <20)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. Formación de enfermería.
2. Preparación de material gráfico y audiovisual.
3. Determinación de un número total de 81 pacientes subsidiarios de seguimiento en la consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la unidad ERCA se deben cubrir los mismos objetivos que en cualquier otro estadio de la ERC, como el diagnóstico etiológico, el enlentecimiento de la progresión, el manejo del riesgo vascular y la comorbilidad, así como desarrollar iniciativas orientadas a mejorar la calidad de vida del paciente. Además, asociado a ello se debe asegurar la preparación de los pacientes para el inicio de la terapia sustitutiva renal a tiempo y con suficiente antelación, promover los tratamientos domiciliarios y el autocuidado del paciente. También abordar el trasplante de vivo pre diálisis y/o la inclusión en lista de espera de cadáver lo antes posible, si éste está indicado.

A la espera de que nos sea concedido un espacio físico para ubicar la consulta médica junto a la de enfermería y así poder llevar a cabo el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1783 ===== ***

Nº de registro: 1783

Título
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

Autores:
GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, VEGA VIDALLE CONCEPCION, LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y objetivos de la Unidad

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Cifrándonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m² (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año. Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas. Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal. El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

MÉTODO

6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.

6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades específicas de enfermería:

- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunal individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.
- Recogida de datos clínicos y analíticos para estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

INDICADORES

- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
 - a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: $\leq 150/90 = 0, \geq 150/90 = 1$).
 - b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl = 0, $\leq 10,5$ y/o $\geq 12 = 1$), PTH (valores: ≤ 300 ng/ml = 0, ≥ 300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, $\leq 8,5$ y/o $\geq 10 = 1$), fósforo (valores: ≤ 5 mg/dl = 0, ≥ 5 mg/dl = 1) y potasio (valores: $\leq 3,5$ mEq/l = 0, ≥ 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores: = número de reingresos)

DURACIÓN

- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA

Hospital para su aprobación durante 2017

- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE AMELIA GARCIA HERVAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
URBANO GONZALO OSCAR
VEGA VIDALLE CONCEPCION
LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el primer trimestre de 2017 se realizaron reuniones de trabajo en las que participaron los 3 facultativos de la S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de hemodiálisis. En las mismas se revisaron las orientaciones sobre seguimiento clínico de la Enfermedad renal crónica avanzada y prediálisis de la SEN, editadas en 2008, y se analizaron las necesidades de nuestro sector de Barbastro así como las posibilidades en cuanto a recursos humanos e infraestructura del Hospital. Como resultado de las mismas se elaboró un proyecto de Consulta ERCA en el que, de forma coordinada entre Nefrólogos y enfermería nefrológica, se podría realizar el seguimiento integral del paciente afecto de ERCA.

En el mes de mayo de 2017 fue presentado nuestro proyecto de consulta a Dirección del Hospital para su análisis. Fue bien acogido, tanto por Dirección Médica como por Dirección de Enfermería, quedando a la espera de su decisión, fundamentalmente en cuanto a la dotación de enfermería nefrológica y la ubicación de las consultas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto de consulta se elaboró y se presentó, como previsto, dentro del año 2017, pero la consulta no ha podido ponerse en marcha por estar todavía pendiente de la resolución de Dirección.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Esperamos que en el curso de 2018 sea posible la puesta en marcha de la Consulta ERCA, fundamental para el buen seguimiento de nuestros pacientes con enfermedad renal avanzada. Para el buen hacer del mismo queremos resaltar que consideramos imprescindible que tanto la ubicación de las consultas como la dotación de enfermería se ajusten a las indicaciones del proyecto presentado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1783 ===== ***

Nº de registro: 1783

Título
ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE LA CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERM NEFROLOGICA-2017

Autores:
GARCIA HERVAS AMELIA, URBANO GONZALO OSCAR, VEGA VIDALLE CONCEPCION, LATORRE SAVICENTE MARIA JESUS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: Enfermedad renal
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Proyectos y objetivos de la Unidad

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad renal crónica es muy prevalente, conllevando una elevada morbi-mortalidad y consumiendo una gran parte de los recursos de cualquier sistema de salud. Cifrándonos a la fase de enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), definida por presentar un filtrado glomerular (FG) igual o inferior a 30 ml/mn/1,73m² (ERC estadios 4-5), ello representa el 0,58% de la población española, consumiendo el 3% del presupuesto de atención especializada al año.

Una asistencia óptima en esta fase de ERCA permitirá retrasar en lo posible su progresión y la aparición de complicaciones, de manera que el paciente llegue a la fase de terapia renal sustitutiva en las mejores condiciones físicas y psicológicas. Para su consecución, la Sociedad Española de Nefrología (SEN) promueve desde 2008 la creación, en todos los Servicios de Nefrología, de equipos multidisciplinares dotados de recursos humanos y materiales propios, integrados en Consultas específicas de ERCA.

RESULTADOS ESPERADOS

Dirigido a pacientes con ERCA procedentes de la consulta general de Nefrología, planta de Nefrología clínica o Unidad de HD si recuperan función renal. El objetivo principal es proporcionar al paciente con ERCA un cuidado integral que contemple la asistencia, información, formación y educación consensuadas, en un ambiente multidisciplinar, a través de una consulta especializada integrada en un equipo formado por nefrólogos y enfermería nefrológica. Con ello se intenta retrasar en lo posible la progresión de la ERC, previniendo o tratando precozmente las posibles complicaciones, así como capacitar al paciente para asumir la enfermedad y su autocuidado, optimizar su calidad de vida y facilitar que pueda decidir de forma autónoma la mejor opción terapéutica una vez alcanzada la fase de ERC terminal.

MÉTODO

6.1- Elaboración del proyecto de consulta ERCA, con realización de reuniones de trabajo entre los 3 facultativos del S. de Nefrología y la supervisora de la Unidad de Hemodiálisis para establecer las líneas de trabajo (comunes y específicas), determinar las necesidades estructurales, materiales y de personal y planificar la estructura propia de la consulta.

6.2- Actividades específicas de los facultativos:

- Seguimiento clínico del paciente con controles programados frecuentes (entre 1-3 meses) para prevenir y tratar las complicaciones asociadas a la ERCA, ajuste de dosis de medicamentos y retirada de fármacos de alto riesgo.
- Información clara y precisa al paciente y familiares sobre la enfermedad, su evolución y posibilidades terapéuticas (transplante, diálisis o tratamiento conservador) para que puedan decidir de forma autónoma e independiente la mejor opción en cada caso, que quedará siempre reflejada en el consentimiento informado.
- Coordinar la atención con los diferentes especialistas a nivel hospitalario y Atención primaria. Coordinación con los centros de referencia donde se realiza el acceso vascular y colocación de los catéteres peritoneales, así como seguimiento de los mismos. Coordinación del estudio pretransplante renal.

6.3- Actividades específicas de enfermería:

- Evaluación inicial (antropométrica, psicológica-emocional y comorbilidad asociada) y periódica del paciente. Ayuda psicológica al paciente para asumir su situación. Consejos sobre el estilo de vida, dietas y toma de medicamentos. Ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento elegido.
- Control del estado serológico del paciente frente al VHB, VHC y VIH. Planificación de un calendario vacunal individualizado.
- Evaluación y cuidados del acceso vascular o catéter peritoneal ya colocados.
- Coordinar con A. Primaria los cambios terapéuticos y pruebas diagnósticas solicitadas. Coordinación con la trabajadora social para mejorar el soporte sociofamiliar del paciente.
- Recogida de datos clínicos y analíticos para ulteriores estudios estadísticos que permitan evaluar los resultados de la consulta ERCA y detectar puntos de mejora.

INDICADORES

- Análisis de la calidad asistencial mediante parámetros:
 - a- clínicos: edemas, disnea, prurito, (valores: ausencia 0, presencia 1) y cifras de TA (valores: $\leq 150/90 = 0$, $> 150/90 = 1$).
 - b- analíticos: Hemoglobina (valores: entre 10,5-12 g/dl = 0, $\leq 10,5$ y/o $> 12 = 1$), PTH (valores: ≤ 300 ng/ml = 0, > 300 ng/ml = 1), Calcio (valores: 8,5-10 mg/dl = 0, $\leq 8,5$ y/o $> 10 = 1$), fósforo (valores: ≤ 5 mg/dl = 0, > 5 mg/dl = 1).

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1783

1. TÍTULO

ELABORACION Y PRESENTACION DEL PROYECTO DE IMPLANTACION DE CONSULTA DE INSUFICIENCIA RENAL CRONICA AVANZADA (ERCA) EN NEFROLOGIA, CON ACTIVIDAD COORDINADA DEL EQUIPO MEDICO/ENFERMERIA NEFROLOGICA 2017

1) y potasio (valores: < 3,5 mEq/l = 0, > 5 mEq/l = 1).
- Reingreso por complicación asociada a la ERCA en últimos 6 meses (valores: = número de reingresos)

DURACIÓN

- Elaboración del proyecto de consulta ERCA y su presentación en Dirección del Hospital para su aprobación durante 2017
- Puesta en marcha de la consulta ERCA en cuanto se cuente con el acuerdo de Dirección y se disponga del personal de enfermería y espacio físico necesarios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA
ARAZO SOLANA EVA
BUIL TORO MARIA LUZ
CORONAS JUSTE MARIA DOLORES
GAIRIN NICOLAU OTILIA
LARRAMONA BALLARIN RITA
RASO BUERBA TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha hecho una revisión de las vacunaciones adecuadas para la población diana, que incluye a pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que reciben hemodiálisis o que van a ser subsidiarios de recibir diálisis o un trasplante renal, en el área de Barbastro.

Se ha establecido el calendario vacunal apropiado para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva. Realizando una evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.

Se ha desarrollado un documento de vacunaciones recibidas para registro y posterior comunicación con Atención Primaria. Dicho formulario ha sido incluido en documentos oficiales de Enfermería de Nefrología del Hospital de Barbastro, aunque no se ha precisado su utilización debido a que, por motivos inesperados, la administración de vacunas no ha podido realizarse en el Hospital de Barbastro, realizándose a través de Atención Primaria.

Se ha desarrollado un protocolo que incluye la prevención estructurada para dichos pacientes con un circuito claro y accesible, que interconecta Atención Especializada (Nefrología y Medicina Preventiva) y Atención Primaria.

Se ha realizado registro de vacunas administradas y de pacientes que han recibido las apropiadas medidas preventivas en el tiempo y marco adecuados.

Enfermería del Servicio de Hemodiálisis ha colaborado en la recepción de vacunas, manteniéndolas en su adecuado estado hasta que el paciente pudiera recogerlas para su posterior administración en su Centro de Salud. Así como ha facilitado la información necesaria para el conocimiento de vacunaciones administradas a cada paciente con anterioridad al proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha establecido una prevención estructurada en pacientes con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) en el área de Barbastro.

Desde su puesta en marcha, la vacunación de dichos pacientes se ha regularizado y se han mejorado tanto la información a los pacientes como la adecuación del momento de vacunación y dispensación de vacunas, con la colaboración del Servicio de Farmacia.

Se ha conseguido que aquellos pacientes que tienen mayor susceptibilidad de contraer infecciones, por su condición de inmunodeprimidos, hayan recibido vacunas de acuerdo a los estándares que recomiendan las Guías Nacionales.

Al realizar esta revisión y protocolización, se ha conseguido alcanzar una gran mejora en la prevención de nuestros pacientes, siendo aquellos subsidiarios de recibir un trasplante renal vacunados en tiempo preciso y permitiendo que aquellos que inician hemodiálisis, lo hagan en las mejores condiciones posibles.

Se ha alcanzado el 100% de pacientes vacunados de acuerdo a los estándares recomendados. El calendario vacunal de cada paciente ha quedado registrado en su historia correspondiente en Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado el estado inmunológico del paciente con ERCA, que encontrándose dentro del grupo de pacientes inmunodeprimidos y por la complejidad clínica que presentan en la mayoría de los casos, no siempre reciben la prevención en tiempo y dosis adecuada.

Se ha objetivado una mejora del conocimiento sobre prevención en los Servicios implicados del Hospital de Barbastro, que repercute en la mejora de salud y atención a nuestros pacientes.

A destacar el elevado porcentaje de pacientes que han podido recibir vacunas acordemente y por ello, mejorar la situación inmunológica de acuerdo con las recomendaciones por los estándares nacionales e internacionales.

El desarrollo del programa ha sido adecuado al tiempo previsto, quedando abierta la mejora de realizar la administración de vacunas en el ámbito de Atención Especializada para no saturar Atención Primaria.

La comunicación con el Servicio de Farmacia ha sido muy accesible y facilitadora.

Se agradece la colaboración a los Servicios de Atención Primaria.

Se recomienda la valoración de implementación en otros centros, estableciendo protocolos propios adecuándose

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

a los recursos del mismo.

7. OBSERVACIONES.

Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que ha participado en el proyecto. Se agradecería su inclusión:
CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN SAGARRA NADAL Y
LAURA MORA ROLDÁN

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1171 ===== ***

Nº de registro: 1171

Título
ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

Autores:
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, VALDERRAMA RODRIGUEZ MONICA, ARAZO SOLANA EVA, BUIL TORO MARIA LUZ, CORONAS JUSTE MARIA DOLORES, GAIRIN NICOLAU OTILIA, LARRAMONA BALLARIN, RASO BUERBA TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad, Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) tienen mayor riesgo de hospitalización por infecciones que la población general, y en España las enfermedades infecciosas son las causantes del 15% al 20% de las muertes de enfermos en diálisis. Entre las infecciones que presentan mayor riesgo para estos pacientes se encuentran algunas que son prevenibles mediante vacunas, como la hepatitis B, las infecciones neumocócicas y la gripe.

La vacunación de pacientes en insuficiencia renal debe enmarcarse dentro de las estrategias de vacunación de los adultos. De modo genérico, el ámbito natural de vacunación de los adultos es la atención primaria de salud; sin embargo, no deben desaprovecharse otras oportunidades para mejorar las coberturas mediante la vacunación en otros ámbitos. En el caso de pacientes con patologías de cierta complejidad como son aquellos con insuficiencia renal crónica avanzada, que es posible que precisen diálisis o trasplante renal, la inmunización en el ámbito de la atención especializada resulta necesaria para conseguir mejores coberturas y seguimiento.

La vacunación precoz de pacientes con deterioro progresivo de la función renal tiene capital importancia, por las siguientes razones:

- La respuesta a la vacunación es mejor si se realiza en estadios más precoces de ERC por una más favorable situación del sistema inmune.
- Protección frente a potenciales situaciones de riesgo, como es la exposición en el ambiente hospitalario y en el de hemodiálisis.
- Posibilidades de empleo de vacunas atenuadas, genéricamente contraindicadas tras el trasplante renal, que se realizará en buena proporción de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Optimizar la respuesta a las vacunas y establecer una prevención estructurada en los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada, que serán potencialmente subsidiarios de recibir diálisis o trasplante renal.

MÉTODO

Actividades del FEA Nefrología-Preventiva:

- Establecimiento del calendario vacunal apropiado y prescripción de vacunas para cada paciente, en función de sus susceptibilidades y en previsión de su posible terapia renal sustitutiva futura.
- Evaluación de la respuesta inmunológica y necesidad de recuerdo de vacunación.
- Evaluación del registro de base de datos.

Actividades de Enfermería

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1171

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE VACUNAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA EN EL AMBITO DE ATENCION ESPECIALIZADA

- Administración de vacunas prescritas
- Registro del calendario vacunal en la historia del paciente y en base de datos.

INDICADORES

Registro de actividad realizada con periodicidad trimestral en base de datos.

DURACIÓN

Fecha de inicio: Mayo 2018

Fecha de evaluación: periodicidad anual.

OBSERVACIONES

Dada la limitación del número de componentes del equipo de mejora, no ha sido posible incluir al personal de enfermería de hemodiálisis completo, que participará en el proyecto.

Serán componentes participativos: CAROLINA LACORT CASTRO, MARIA JESUS LATORRE SANVICENTE, CONCEPCIÓN DAGARRA NADAL Y LAURA MORA ROLDÁN, en adición de los previamente incluidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Fecha de entrada: 28/02/2019

2. RESPONSABLE LAURA MORA ROLDAN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RAMOS ESPAÑOL PILAR
RASO BUERBA TERESA
GAIRIN LACAMBRA MARIA
SAMPER ENCINAS NURIA
LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS
ARAZO SOLANA EVA
GAIRIN NICOLAU OTILIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha elaborado una gradación del estado del orificio del catéter permanente en los pacientes portadores de dicho acceso vascular en hemodiálisis.

Se han recogido fotografías de orificios de catéter central para desarrollar los diferentes grados o estadios por el personal de enfermería de hemodiálisis y facilitar comunicación en el servicio.

Se han realizado curas del orificio del catéter en cada sesión. Semanalmente curas con clorhexidina y curas por sesión con suero fisiológico. Se han recogido frotis de orificios de catéteres centrales en el momento en el que se han detectado signos incipientes de infección, como exudado y/o enrojecimiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha validado un sistema de grados de infección relacionada con el catéter venoso central permanente de hemodiálisis. Ello ha facilitado la comunicación entre los profesionales sanitarios que atienden a los pacientes en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro. Dicho estadiaje ha permitido evitar bacteriemias subsiguientes, habiendo detectando de manera temprana infecciones incipientes en el orificio del catéter central de hemodiálisis. Los cuidados aplicados en cada sesión y la aplicación del tratamiento de forma temprana en el caso de la identificación de alteraciones, han permitido obtener una adecuación del cuidado del catéter central de acuerdo a los estándares y recomendaciones de las Guías Nacionales.

Nos hubiera gustado establecer un protocolo de registro en las historias clínicas y valorar el recuento total de frotis obtenidos, pero no ha sido posible la implementación del sistema de grados por corto espacio de tiempo para desarrollo del proyecto.

La densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venosos tunelizado ha sido de cero.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los resultados son muy positivos, habiendo obtenido un porcentaje nulo de bacteriemia, lo que pone de manifiesto el control minucioso de dichos accesos por el personal de enfermería de hemodiálisis de Barbastro.

Dado el corto periodo de tiempo para la implementación del sistema de grados, creemos beneficioso continuar con este proyecto para continuar la mejora de la atención a nuestros pacientes de hemodiálisis.

En conclusión, la valoración y protocolización de grados del orificio son convenientes para mantener unos porcentajes de bacteriemia como los actuales.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1474 ===== ***

Nº de registro: 1474

Título
EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Autores:
MORA ROLDAN LAURA, BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, RASO BUERBA TERESA, RAMOS ESPAÑOL PILAR, RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, LACORT CASTRO CAROLINA, GAIRIN LACAMBRA MARIA, SAMPER ENCINAS NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
Línea Estratégica .: Crónico complejo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1474

1. TÍTULO

EVALUACION Y SEGUIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL EN HEMODIALISIS

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

La utilización de catéteres venosos centrales (CVC) ha aumentado progresivamente en los pacientes en hemodiálisis (HD); sin embargo, van asociados a mayores complicaciones, tanto trombóticas como infecciosas. Por eso es necesario y recomendable, de acuerdo con las guías nacionales, el manejo y seguimiento por personal especializado en hemodiálisis, que realice los cuidados pertinentes, tanto diarios como de las complicaciones.

RESULTADOS ESPERADOS

- Evitar y detectar de manera temprana las infecciones asociadas al catéter central en los pacientes de hemodiálisis en el Servicio de Hemodialisis de Barbastro.

- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis.

MÉTODO

- Elaborar y validar un sistema de gradación sobre el estado del orificio y túnel del catéter de hemodiálisis para aplicar en las sesiones diarias y el trabajo en equipo del departamento de hemodialisis.

INDICADORES

- Densidad de incidencia de bacteriemia relacionada con el catéter venoso tunelizado (número de bacteriemias relacionadas con el catéter venoso tunelizado/1.000 días de uso del catéter venoso tunelizado)

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio Junio 2018.

Fecha prevista de finalización Junio 2019.

Desarrollo del sistema de gradación por Enfermería de Hemodialisis (Junio-Octubre 2018)

Evaluación del tratamiento de infecciones por FEA Nefrología, hasta fecha de finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0229

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACIÓN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 19/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA SAGRARIO BALDA MANZANOS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA
ANDRES ALIERTA MARTA
ARAZO SOLANA EVA
BUIL TORO MARIA LUZ
LARRAMONA BALLARIN RITA
OLIVARES CLUSA CONCEPCION
SAGARRA NADAL CONCEPCION

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La correcta estimación del peso seco de los pacientes en hemodiálisis es un parámetro de diálisis adecuada. Para su determinación se utilizan habitualmente parámetros clínicos como ganancia de peso interdiálisis, presencia de hipertensión y episodios de hipotensión intradiálisis entre otros. El estado de sobrehidratación conlleva mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes y un estado de deshidratación excesivo puede producir sintomatología que afecte gravemente a la vida diaria del paciente. Por ello, se han desarrollado métodos adicionales, como la bioimpedanciometría, para ayudar al clínico a detectar pequeños cambios de volemia y a predecir de una forma más objetiva el peso seco del paciente.

En este proyecto se ha llevado a cabo la puesta en marcha del equipo de bioimpedancia, previamente sin batería ni revisión desde hacía aproximadamente 3 años.

Se ha realizado una actualización sobre el funcionamiento del bioimpedanciómetro y sobre el conocimiento de su utilización y aplicabilidad con el personal sanitario de la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro. Se han realizado sesiones informativas y prácticas.

Se ha aplicado el test de bioimpedancia (BIA) para ajuste de peso seco a pacientes en programa de hemodiálisis; siendo la realización indicada por el médico responsable y practicada por el D.U.E. correspondiente, en aquellos casos en que se objetivaba dificultad para la determinación del peso seco basándose únicamente en parámetros clínicos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Total de BIA realizados: 9.
Total de modificaciones y ajuste de peso seco tras realización de BIA: 5.

Se realizaron modificaciones del peso seco estimado en el 55% de los casos de test de bioimpedanciometría realizados.
La Unidad de Hemodiálisis de Barbastro ha atendido durante todos los meses del año 2019 una media aproximada de 45 pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implementación de la bioimpedancia en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro ha contribuido a mejorar el estado de salud de nuestros pacientes.
Se ha podido corregir el estado de hidratación con una mayor precisión en aquellos pacientes en quienes, por enfermedades y/o comorbilidades subyacentes, se ha valorado como un proceso más complejo y dificultoso mediante la estimación clínica como única herramienta. En más de la mitad de los casos realizados, ha contribuido a precisar el estado de hidratación de nuestros pacientes.
Se recomienda su implementación en las Unidades de Hemodiálisis para ayudar en la estimación del peso seco, contribuyendo a los criterios clínicos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/229 ===== ***

Nº de registro: 0229

Título
VALORACION DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACION MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIALISIS DEL

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0229

1. TÍTULO

VALORACIÓN DE PESO SECO Y ESTADO DE HIDRATACIÓN MEDIANTE BIOIMPEDANCIA EN EL SERVICIO DE HEMODIÁLISIS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:

BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, ANDRES ALIERTA MARTA, OLIVARES CLUSA CONCEPCION, PASCUAL RUBIO MARIA OLGA, SAMPER ENCINAS NURIA, BUIL TORO MARIA LUZ, LARRAMONA BALLARIN RITA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: hemodialisis
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La correcta estimación del peso seco de los pacientes en hemodiálisis es un parámetro de diálisis adecuada. Para su determinación se utilizan habitualmente parámetros clínicos como ganancia de peso interdiálisis, presencia de hipertensión y episodios de hipotensión intradiálisis entre otros.
El estado de sobrehidratación conlleva mayor morbilidad y mortalidad en estos pacientes y un estado de deshidratación excesivo puede producir sintomatología que afecte gravemente a la vida diaria del paciente. Por ello, se han desarrollado métodos adicionales, como la bioimpedanciometría, para ayudar al clínico a detectar pequeños cambios de volemia y a predecir de una forma más objetiva el peso seco del paciente.
En nuestra Unidad de Hemodiálisis de Barbastro, debido a la edad de nuestros pacientes, que dificulta la adecuada estimación del peso seco, se han objetivado estados de sobrehidratación en los últimos meses.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del estudio es la implementación de la bioimpedancia en la Unidad de Hemodiálisis.

MÉTODO

Realización de bioimpedancia a los pacientes de hemodiálisis en la sala de sesiones de hemodiálisis por los D.U.E de hemodiálisis. Evaluación de resultados y ajuste de peso seco por los facultativos de Nefrología

INDICADORES

Evaluar el impacto de la utilización de bioimpedancia en nuestra Unidad.
Número de pacientes a los que se realiza dicha técnica con la consecuente adecuación de hidratación y ajuste de peso posterior.

DURACIÓN

Fecha prevista de inicio: Marzo 2019
Fecha prevista de finalización-revisión: Diciembre 2019, periodicidad anual.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0247

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Fecha de entrada: 05/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA VICTORIA RUBIO RUBIO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEFROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VEGA VIDALLE CONCEPCION
GARCIA HERVAS MARIA AMELIA
BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO
GAIRIN LACAMBRA MARIA
MORA ROLDAN LAURA
LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS
RAMOS ESPAÑOL PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo establecido se ha consensuado junto con el equipo de trabajo del servicio de hemodiálisis (enfermería y médicos de la unidad) los criterios de valoración de las fistulas nativas (FAVn) en las primeras semanas tras su realización. Posteriormente se ha elaborado un protocolo de vigilancia siguiendo lo establecido en las Guías de Acceso Vascular para Hemodiálisis publicadas por la Sociedad Española de Nefrología (Nefrología. 2017; 37 (1): 1-177). El registro se ha llevado a cabo en formato papel y excel. Se han medido los indicadores según lo establecido en el proyecto inicial.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han cumplido los objetivos propuestos en este proyecto:

-realizar un control clínico de la fistulas en las primeras cuatro semanas de su realización del Servicio de Nefrología del Hospital de Barbastro (Consulta de Enfermedad Renal Crónica Avanzada y Unidad de Hemodiálisis).
-diagnosticar FAVn con problemas de desarrollo y signos de inmadurez para poder ofertar tratamiento precoz. Durante el año 2019 se han realizado 8 fistulas nativas: 2 FAVn radiocefálicas y 6 FAVn proximales humerocefálicas. Se ha evaluado el desarrollo de la fistula en 8 FAVn (100%), la presencia de frémito en 8 FAVn (100%), presencia de edema en la extremidad en 8 FAVn (100%). Se han retirado los puntos en nuestra unidad en 4 FAVn (50%) y el resto han sido remitidas al centro de salud. Tres pacientes (37%) han necesitado ajustes sucesivos de medicación para el control de su hipertensión arterial por episodios constatados de hipotensión.

Objetivos esperados: (Nefrología. 2017; 37 (1): 1-177)

-Porcentaje de fistulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización). Periodicidad anual. Estándar de proceso al menos 90%: 100% de FAVn realizadas que han sido revisadas a las 4 semanas de su realización quirúrgica.

-Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento
1. FAVn radiocefálica: Periodicidad anual. Estándar de proceso menos 35%: No se ha constatado FAVn radiocefálicas trombosadas a los 30 días (0%).
2. FAVn proximal utilizando la arteria humeral: Periodicidad anual. Estándar de proceso menos 25%: No se ha constatado FAVn proximales trombosadas a los 30 días (0%).

El 100% de las FAVn han presentado una adecuada maduración durante el periodo de vigilancia por lo que no ha sido preciso la realización de ecografía-doppler ni valoración por parte de cirugía vascular en este primer periodo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La identificación del paciente con FAVn inmadura es importante para garantizar la permeabilidad y supervivencia de acceso vascular. La revisión tardía (más allá del segundo o tercer mes impide un correcto diagnóstico y tratamiento.

Hemos conseguido un adecuado control y seguimiento de las FAVn en nuestra unidad; así mismo ha pasado a formar parte de la práctica clínica habitual de nuestro servicio. Una adecuada monitorización del desarrollo, control de la aparición de inflamación y edema, cuando retirar los puntos de sutura y la prevención de los episodios de hipotensión arterial, puede justificar nuestros resultados, aunque el número de FAVn realizadas y el tamaño muestral analizado ha sido reducido.

7. OBSERVACIONES.

El proyecto de mejora solo ha tenido en cuenta a las FAV nativas, por lo que consideramos en un futuro la inclusión de las FAV protésicas.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/247 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0247

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Nº de registro: 0247

Título
CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Autores:
RUBIO RUBIO MARIA VICTORIA, VEGA VIDALLE CONCEPCION, GARCIA HERVAS MARIA AMELIA, BALDA MANZANOS MARIA SAGRARIO, GAIRIN LACAMBRA MARIA, MORA ROLDAN LAURA, LATORRE SANVICENTE MARIA JESUS, RAMOS ESPAÑOL PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se estima que entre un 28 y un 53% de las fístulas arteriovenosas (FAV) una vez realizadas, no maduran lo suficiente para su uso en HD. Una maduración insuficiente de la fístula arteriovenosa nativa (FAVn) puede aumentar la incidencia de las complicaciones relacionadas y reducir su supervivencia. La mayor parte de los cambios hemodinámicos y morfológicos tras la realización de la FAV se producen durante las primeras 2-4 semanas. A partir de esa fecha, en los casos de FAV inmadura se produce un descenso progresivo del flujo, susceptible de complicaciones. Un tratamiento precoz de las lesiones subyacentes puede aumentar en un 47% la probabilidad de maduración del acceso. Se recomienda la revisión a las 4 semanas tras el acto quirúrgico y se considera un indicador de calidad del proceso de atención a la FAV.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar un control clínico de las FAV de reciente realización en las 4 primeras semanas tras su realización en pacientes de:
-consulta de enfermedad renal crónica avanzada.
-del Servicio de Hemodiálisis del Hospital de Barbastro, que han iniciado diálisis mediante otro acceso vascular.
-Efectuar el diagnóstico precoz de FAVi inmadura y trombosis en una FAVn de reciente realización.

MÉTODO
- Exploración física de la FAVi dentro de las primeras 4 semanas tras su realización. Se valorará: el grado de desarrollo, existencia de soplo y frémito, pulsos distales, temperatura y edema de la extremidad y retirada de puntos cuando sea preciso. Se ajustará tratamiento para control de la tensión arterial con el objetivo de evitar episodios de hipotensión.
-En caso de duda sobre su funcionamiento o desarrollo insuficiente evidenciado mediante la exploración física de la consulta, se efectuará una ecografía doppler.

INDICADORES
-Indicador de PROCESO: Porcentaje de fístulas arteriovenosas controladas clínicamente de forma precoz (4 semanas tras su realización)
-FAV realizadas que han sido revisadas a las 4 semanas de su realización x 100 / todas las FAVn realizadas en la unidad. (%). Estándar de proceso al menos 90%.
-Indicador de RESULTADO: Pacientes con fallo precoz de la fístula en los primeros 30 días que siguen a la realización del procedimiento
1. FAVn radiocefálica: FAVn radiocefálica trombosada a los 30 días x 100/ total de pacientes a los que se les realiza FAVn radiocefálica. (%). Estándar de proceso menos 35%.
2. FAVn proximal utilizando la arteria humeral: FAVn proximal trombosada a los 30 días x 100/total de pacientes que a los que se le realiza FAVn proximal. (%). Estándar de proceso menos 25%.

DURACIÓN
Fecha prevista de inicio marzo 2019. Fecha prevista de finalización febrero 2020.
Desarrollo del sistema de evaluación ambulatoria por Enfermería de Hemodiálisis y FEA de Nefrología del Hospital de Barbastro (marzo 2019)
Realización del sistema de evaluación ambulatoria hasta fecha de finalización.

OBSERVACIONES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0247

1. TÍTULO

CONTROL DE LAS FISTULAS NATIVAS DE RECIENTE REALIZACION EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRONICA AVANZADA

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Fecha de entrada: 03/03/2019

2. RESPONSABLE ERICA LEON SUBIAS

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
GARCIA SOLANS MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante este periodo hemos realizado una recopilación de los pacientes diagnosticados de asma grave en tratamiento activo con terapias biológicas (Omalizumab, Mepolizumab y Reslizumab) y hemos ido incluyendo de manera progresiva a aquellos que han iniciado alguna de estas terapias de novo.

Tras la recopilación, en todos ellos se ha llevado a cabo una primera consulta que hemos denominado consulta 0. En esa consulta se ha realizado una entrevista clínica completa con valoración de las pruebas complementarias realizadas hasta el momento, aplicando una plantilla que, por bloques, nos permite una clasificación fenotípica del paciente.

En primer lugar, comprobamos el diagnóstico de asma (Se estima que entre un 12 y un 30 % de los pacientes con sospecha de AGNC no tienen asma) en el caso de pacientes que ya estaban en tratamiento. Se realiza una completa anamnesis y exploración física. En base a eso se postula un fenotipo de asma grave apoyándonos en las pruebas complementarias realizadas hasta el momento. En el caso de pacientes "de novo" es en esta consulta, antes del inicio del tratamiento, cuando se solicitan las pruebas necesarias que básicamente son: espirometría con prueba broncodilatadora, prueba de imagen (radiografía de tórax y/o TAC torácico), pruebas microbiológicas (cultivo de esputo) y analítica sanguínea (incluyendo bioquímica básica, niveles de inmunoglobulinas, autoinmunidad, marcadores inflamatorios, hemograma y hemostasia). En esa misma consulta se realizan cuestionarios ACT, Epworth y Nigmején.

Se procede entonces a la identificación de factores externos que impiden un buen control:

- Aspectos del paciente: nivel de adherencia terapéutico, apropiada técnica de inhalación.
- Comorbilidades y agravantes.
- Desencadenantes de exacerbaciones. Como la exposición a alérgenos, agentes ocupacionales, patógenos infecciosos, contaminantes, tóxicos, fármacos como el ácido acetilsalicílico y AINES.

Finalmente, establecemos el fenotipo de asma grave. En el caso de los pacientes que ya se encontraban en tratamiento activo, hemos hecho una reevaluación del mismo (teniendo en cuenta las nuevas indicaciones, efectos secundarios y la aparición de nuevos fármacos) para decidir si continuar, modificar o suspender. En el caso de pacientes "de novo" esta reevaluación se irá llevando a cabo progresivamente.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta el momento actual, se ha recopilado un total de 24 pacientes con AGNC en tratamiento biológico. Tras la instauración de este proyecto, se ha retirado por ineficacia la terapia a uno de los pacientes y se ha modificado a 2 de ellos. En uno de los casos se trataba de una paciente con asma eosinofílica de inicio tardío con escasa respuesta a omalizumab en la que se ha llevado el cambio a mepolizumab, con gran mejoría en los cuestionarios de calidad de vida y disminución de agudizaciones. En el otro caso, se trata de un asma alérgico, que presentó reacción adversa a omalizumab motivo por el que se encuentra en la actualidad con Reslizumab (pendiente de primera valoración de eficacia). Se trata de la única reacción adversa grave descrita en esta área desde el inicio de dichas terapias. En los próximos meses procederemos a la modificación de terapia en, al menos, otros tres pacientes más por ineficacia.

De los pacientes recopilados, 2 se encuentran en tratamiento por otra causa no asma bronquial: poliposis nasosinusal. De los 22 restantes, 15 presentan un fenotipo alérgico, 2 un fenotipo eosinofílico de inicio tardío y, consideramos que, los 5 restantes un fenotipo mixto. El 41,6% son varones (n=10), con una edad media de 65 años. Cabe destacar que el 33,3% de los pacientes (n=8) son exfumadores.

Del total de pacientes, 13 (54%) de ellos no habían sido valorados en consulta desde hacía al menos un año y, consecuentemente, tampoco se habían hecho las valoraciones pertinentes en cuanto a la terapia activa. Por otro lado, llama la atención que 8 pacientes (33,3%) no cumplían adecuadamente con el tratamiento broncodilatador asociado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El llevar a cabo este proyecto no ha supuesto inversión económica. Simplemente se ha intentado realizar una recanalización de pacientes que, por definición, son graves y complejos y se encuentran con terapias de difícil manejo y alto coste. Creemos que la instauración de un programa para el paciente con asma grave va a permitir un mejor manejo y enfoque de la terapia necesaria. Debido a motivos ajenos al servicio, estos pacientes han estado un tiempo muy prolongado sin adecuado seguimiento médico, lo cual se ve reflejado en los datos. El hecho de haber iniciado este programa, educar al paciente y reevaluar la terapia instaurada ha mejorado tanto su calidad de vida como el número de agudizaciones y, por lo tanto, visitas a urgencias y/o ingresos si bien, estos son datos que no podemos ofrecer por el momento de manera objetiva ya que todavía no se ha llevado a cabo el análisis pertinente. Nuestro objetivo sería continuar con este programa para dar una mejor asistencia al paciente con asma grave, llegando a conseguir una consulta específica ya que necesitan más tiempo de atención y seguimiento y una frecuencia entre visitas mucho mayor.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

7. OBSERVACIONES.

En el mes previo fue aprobada por la aemp una nueva terapia biológica para pacientes con asma grave fenotipo eosinofílico, benralizumab. Los resultados de los ensayos clínicos en los que se basa dicha aprobación son prometedores y tenemos altas expectativas puestas en este tratamiento sobre todo para pacientes con fenotipo eosinofílico y corticodependientes. Por el momento no hemos iniciado esta terapia en ningún paciente pero tenemos firmes candidatos a ello.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/823 ===== ***

Nº de registro: 0823

Título
ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Autores:
LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología: ASMA GRAVE
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los pacientes con asma grave no controlada (AGNC) requieren múltiples fármacos y a altas dosis. Supone un gran consumo de recursos. En España, un paciente con asma supone un coste anual de 1950 €/paciente llegando a 2728 € en asma grave.
En los últimos escalones de las guías de práctica clínica está aprobado el uso de terapias biológicas en este grupo de pacientes las cuales han demostrado un buen control de síntomas, mejora en la calidad de vida y además son coste-efectivas. Sin embargo, en nuestro hospital, la cifra de pacientes con AGNC se encuentra infraestimada. Hemos detectado en la práctica diaria, una gran incidencia de esta patología. Realizamos una búsqueda de los pacientes con este criterio no llegando a una n clara debido a falta de codificación de la misma. Por otro lado, contamos con el registro de pacientes con terapias biológicas (2 pacientes con mepolizumab y, al menos, 13 con omalizumab) que se encuentra desactualizado. Del mismo modo, estos pacientes llevan un seguimiento errático.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo de este proyecto radica en filiar todos los AGNC de nuestro área así como reevaluar aquellos en tratamiento con terapia biológica para optimizar la terapia ya que muchos de ellos llevan varios años en tratamiento con seguimiento errático debido a circunstancias organizativas del servicio.
Los resultados que esperamos conseguir son: 1) un "cribado" de AGNC y un ajuste terapéutico de dichos pacientes, 2) reevaluación de todos aquellos pacientes en tratamiento con terapia biológica y consideración de su continuidad/discontinuidad, efectividad o no., 3) creación de una consulta específica para pacientes con AGNC como paso previo a derivaciones a unidades de referencia de esta u otras comunidades.

MÉTODO
Para alcanzar los objetivos propuestos, queremos citar a todos aquellos pacientes en tratamiento con terapias biológicas, realizar una reevaluación desde 0 y realizar un correcto ajuste terapéutico. También queremos citar a todos aquellos pacientes con asma en los que sospechamos un asma grave para valorar el inicio o no de terapia biológica.
Hemos creado un modelo de "Primer día" para estos pacientes y establecido un plan de actuación de su seguimiento en la consulta.

INDICADORES
Queremos filiar (hacer un correcto diagnóstico) a todos los pacientes con asma grave. En cuanto a aquellos con terapia biológica, queremos confirmar la continuación o no de la terapia biológica. Para ello, tendremos en cuenta efectos secundarios, reacciones adversas, nº agudizaciones y/o visitas a urgencias, necesidad de corticoterapia oral.

DURACIÓN
Inicio: junio-julio 2018

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0823

1. TÍTULO

ASMA GRAVE CON TERAPIA BIOLÓGICA

Fin: marcado por el nº de pacientes a citar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE CLARA MARIA VIÑADO MAÑES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LEON SUBIAS ERICA
SOLANS GARCIA MERCEDES
MARTIN ALOS PILAR
CASTILLO LASIERRA AMPARO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un total de 230 poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias desde el 2 de Mayo hasta la fecha. Disponemos de un polígrafo Alice PDX cedido por la empresa Esteve-Teijin.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los servicios que han solicitado esta prueba fueron: en su gran mayoría, Neumología con un total de 218 pruebas, por parte de Cardiología 11 pruebas y por parte de Medicina Interna 1 prueba. En cuanto a la severidad de la patología diagnosticada (síndrome de apnea-hipopnea del sueño), se han diagnosticado 175 severos, 26 moderados y 29 leves. Se ha disminuido la lista de espera de aproximadamente 14 meses a 5 meses. Todos estos datos se han obtenido de la historia clínica electrónica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de poligrafías cardiorrespiratorias por parte del personal médico de Neumología ha supuesto un importante descenso en la lista de espera de estas pruebas y ha descendido notablemente el número de consultas para dar su resultado puesto que el mismo día de entrega del aparato, se valora al paciente y se les informa de su patología.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/886 ===== ***

Nº de registro: 0886

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOCES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Autores:
VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA CARRASCAL YOJANA, SOLANS GARCIA MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El síndrome de apnea - hipopnea del sueño afecta al 20% de la edad adulta. Se trata de una patología infradiagnosticada, aunque en los últimos años, el mayor conocimiento de patologías asociadas al sueño y las evidencias científicas de su trascendencia sobre la salud, han generado un aumento en la solicitud de estudios para su diagnóstico. Inicialmente estas demandas procedían principalmente de la consulta de Neumología pero actualmente, y cada vez más, surgen de otras especialidades tales como Cardiología, Neurología u Otorrinolaringología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0886

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOSES DE PACIENTES CON SOSPECHA DE SINDROME DE APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO

Todo ello nos ha hecho plantearnos de qué modo podemos diagnosticar de forma precoz esta patología e iniciar tratamiento si lo precisa lo antes posible.

Hasta el momento, las poligrafías cardiorrespiratorias domiciliarias en el Hospital de Barbastro eran realizadas por enfermería perteneciente a la empresa Esteve-Teijin, hasta completar un total de 90 estudios al año (lo pactado en el contrato), número que se aleja mucho de la cantidad de peticiones que recibimos en nuestra consulta. El resto, se derivaban al Hospital San Jorge, lo que conllevaba un aumento en la lista de espera de este hospital y la obligación de nuestros pacientes a desplazarse a este hospital, motivo por el cual, muchos rechazaban su realización.

La empresa Esteve-Teijin ha dotado recientemente al servicio de Neumología del Hospital de Barbastro con un polígrafo Alice PDx para que el equipo médico pueda realizar sus propias poligrafías tanto en pacientes ambulatorios como hospitalizados.

Nuestro planteamiento es el siguiente: en aquellos ambulatorios, el paciente será citado en la consulta de Neumología donde un sanitario le explicará cómo debe ponerse el aparato esa misma noche para un correcto registro en su domicilio; al día siguiente, el paciente deberá devolverlo a la consulta. Se procederá a su lectura, corrección y realización de informe del estudio y seguidamente, se comunicará al paciente el resultado y la decisión de iniciar o no tratamiento con terapias respiratorias domiciliarias si el sanitario así lo considere.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminución de la lista de espera para realización de una poligrafía cardiorrespiratoria domiciliaria.
Priorización de pacientes pendientes de poligrafía, atendiendo a sus características clínicas y socio-laborales.
Disminución del número de consultas para obtención de resultados de la poligrafía, ya que el día de la entrega del aparato se comunicará el resultado del registro.

Disminución de la derivación de pacientes a otros hospitales.

MÉTODO

Cesión por parte de la empresa Esteve-Teijin de un polígrafo Alice PDx y de los fungibles necesarios para su funcionamiento.
Instalación del software en los ordenadores de la consulta de Neumología.
Obtención de un lector de tarjetas de memoria.
Revisión y priorización de los pacientes en lista de espera.
Historia clínica del paciente, enseñanza del manejo del dispositivo para su correcto registro, descarga de datos al día siguiente y emisión de informe.
Evaluación de resultados.

INDICADORES

Registro correcto de datos, válido para la emisión del informe.
Grado de severidad de la patología.
Indicación de tratamiento tras resultado de la prueba.
Especialidad que solicita la prueba.
Reducción de lista de espera.

DURACIÓN

Esta actividad ya ha comenzado con fecha de 2 de Mayo de 2018. No hay fecha prevista de finalización.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 12/02/2019

2. RESPONSABLE ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
LEON SUBIAS ERICA
GARCIA SOLANS MERCEDES
PILAR MARTIN MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnóstico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa.

La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico.

La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada y por lo tanto infratratada.

El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar.

Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC.

Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC.

El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnostico precoz de la EPOC
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

MÉTODO

A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorará el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educará en el uso de inhaladores si los precisa.

INDICADORES

Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

DURACIÓN

Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA SOLANS MERCEDES
MARTIN ALOS PILAR
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: A los pacientes mayores de 35 años remitidos a la consulta de neumología para estudio de cualquier patología respiratoria diferente a la EPOC se les pregunto durante la entrevista clínica si habían tenido exposición al tabaco o biomasa, también se les pregunto por síntomas respiratorios, si cumplía con estos 3 criterios se les pedía una espirometría con prueba broncodilatadora para confirmar/descartar EPOC. Una vez hecho el diagnóstico de EPOC se ofrecía tratamiento médico temprano y se educaba al paciente en EPOC y el uso de los inhaladores.

Calendario marcado: Los datos fueron recogidos desde enero de 2018 a enero de 2019

Recursos empleados: Espirómetro

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 55 pacientes fueron incluidos (4 mujeres y 51 hombres)

Los motivos por los cuales fueron derivados a la consulta de neumología fueron: infección respiratoria (4 pacientes), esputos hemoptoicos (3 pacientes), Nódulo Pulmonar Solitario (5 pacientes), masa pulmonar (2 pacientes), posible sarcoidosis (1 paciente), posible Hipertensión pulmonar (1 paciente), posible síndrome de apneas del sueño (39 pacientes)

De los 55 pacientes 24 eran fumadores y 31 eran exfumadores.

De los 55 pacientes incluidos 16 no tenían realizada la espirometría

De los 39 pacientes a los que se le realizo la espirometría con prueba broncodilatadora un total de 10 fueron diagnosticados de EPOC, de los cuales 2 eran grave, 6 leve y 2 moderado.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico, la EPOC es una enfermedad infradiagnosticada porque el paciente no consulta hasta que es clínicamente evidente y moderadamente avanzada, en nuestro estudio se pudo cribar 55 pacientes, diagnosticando de EPOC a 10 de ellos, de los cuales 2 eran graves y 2 moderados, lo que refleja la importancia de realizar un cribado de EPOC y la detección temprana de esta enfermedad crónica cada día más prevalente.

Sería importante realizar con más presura la espirometría ya que un total de 16 pacientes aun tenían las pruebas pendientes.

Recordar que según las guías de práctica clínica GesEPOC para realizar un cribado de EPOC se precisa de edad mayor de 35 años, un índice acumulado de tabaco año mayor de 10 y de síntomas respiratorios, teniendo en cuentas estos tres criterios el cribado de EPOC será más eficaz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/889 ===== ***

Nº de registro: 0889

Título
CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, CASTILLO LASIERRA AMPARO, GARCIA SOLANS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La EPOC es una enfermedad respiratoria caracterizada por síntomas persistentes y limitación crónica al flujo aéreo, producidas por una exposición significativa a partículas nocivas o gases. Los síntomas persistentes son la disnea, tos y expectoración, que suelen instaurarse de manera progresiva. La limitación al flujo aéreo viene reflejada por una disminución del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de la relación FEV1/capacidad vital forzada (FVC), que se mide mediante la espirometría y que no es totalmente reversible, lo cual se demuestra por la persistencia de una relación FEV1/FVC menor de 0.70 a pesar de realizar una prueba broncodilatadora. Esta obstrucción es habitualmente progresiva, y que está relacionada con la respuesta inflamatoria anormal a partículas o gases nocivos. Con respecto a las partículas o gases nocivos hace referencia al humo del tabaco o los gases de combustión de biomasa. La EPOC causa al menos 2.9 millones de muertes al año. La mortalidad global en los pacientes diagnosticados de EPOC depende sobre todo de la gravedad de la enfermedad en el momento del diagnóstico. La morbilidad y el uso de recursos sanitarios asociado a la EPOC son elevados. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada y por lo tanto infratratada. El infradiagnóstico de esta patología y la falta de conocimiento de esta enfermedad en la población general, ocasiona que un gran porcentaje de personas con síntomas respiratorios no solicite atención médica y no intente dejar de fumar. Por ello, la enfermedad no suele diagnosticarse, hasta que no es clínicamente evidente y moderadamente avanzada. La EPOC es una enfermedad infradiagnosticada, puesto que los pacientes que fuman o son exfumadores consideran que sus síntomas como la disnea, la tos o la expectoración son secundarios al tabaco, y no consideran que podrían estar relacionados con una patología como es la EPOC. Es por esto que desde el servicio de Neumología vemos la necesidad de hacer un cribado de EPOC. El diagnóstico de la enfermedad se fundamenta en presencia de síntomas compatibles, exposición a un factor de riesgo de desarrollo de la enfermedad siendo el más frecuente el tabaco y obstrucción no reversible a los broncodilatadores demostrado por espirometría

RESULTADOS ESPERADOS

Diagnostico precoz de la EPOC
Educar al paciente sobre la EPOC.
Educar al paciente sobre los efectos nocivos del tabaco.
Inicio de tratamiento médico precoz
Mejor control de la enfermedad.

MÉTODO

A los pacientes que son remitidos a la consulta de Neumología por posible EPOC o para estudio de otra patología respiratoria diferente a la EPOC, se les preguntará durante la entrevista clínica si han tenido exposición al tabaco o biomasa y síntomas respiratorios, si tiene estos dos criterios se procederá a la solicitud de espirometría con prueba broncodilatadora, en un posterior seguimiento se valorará el resultado de la espirometría y el diagnóstico o no de EPOC, una vez diagnosticado el paciente se le ofrecerá información sobre la enfermedad y se le educará en el uso de inhaladores si los precisa.

INDICADORES

Los pacientes con nuevo diagnóstico de EPOC.
Grado de severidad de la patología.
Instauración de tratamiento precoz.
Educación a la población en la relación que existe entre EPOC y el tabaco/biomasa.

DURACIÓN

Esta actividad se lleva realizando desde enero 2018 y se plantea continuar

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0889

1. TÍTULO

CRIBADO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA EPOC

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ENITH YOJANA GARCIA CARRASCAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
LEON SUBIAS ERICA
GARCIA SOLANS MERCEDES
MARTIN MARIA PILAR
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria
Calendario marcado: 2018
Recursos empleados: espirómetro, materiales de gimnasia.
Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.
De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.
El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.
Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/897 ===== ***

Nº de registro: 0897

Título
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento. Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronóstica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad. A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos. La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control. Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

MÉTODO

Intervención farmacológica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica
Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza
Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria
Educación al paciente en el uso de los inhaladores
Educación al paciente en la importancia de la EPO

INDICADORES

Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.
Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.
Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.
Mortalidad.

DURACIÓN

Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

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 - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Fecha de entrada: 06/03/2019

2. RESPONSABLE AMPARO CASTILLO LASIERRA

· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUMOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Actividades realizadas: En el centro de especialidades de Monzón se reunieron dos enfermeras de respiratorio y realizaron a pacientes con EPOC severo actividades grupales de educación, uso de inhaladores y gimnasia respiratoria

Calendario marcado: 2018

Recursos empleados: espirometrías, materiales de gimnasia.

Los datos del proyecto fueron almacenados en una tabla de Excel

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Un total de 24 pacientes realizaron la actividad durante el 2018, 2 mujeres y 22 hombres. Todos los pacientes estaban vacunados de antineumococcica y de gripe, así mismo todos los pacientes estaban con tratamiento farmacológico para la EPOC.

De los 24 pacientes, 7 estuvieron ingresados en el hospital por una agudización durante el 2018. De los 24 pacientes, 4 tuvieron exacerbaciones atendidas por su médico de atención primaria pero no ingresos al hospital. Un paciente falleció en 2018 por agudización de su patología respiratoria

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida del paciente EPOC.

El paciente se concientiza de la EPOC y el cumplimiento terapéutico aumenta.

Al conocer mejor la enfermedad el paciente detecta tempranamente los síntomas de una exacerbación, consulta tempranamente al médico de atención primaria y se evitan ingresos hospitalarios.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/897 ===== ***

Nº de registro: 0897

Título
ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

Autores:
GARCIA CARRASCAL YOJANA, VIÑADO MAÑES CLARA, LEON SUBIAS ERICA, GARCIA SOLANS MERCEDES, MARTIN ALOS PILAR, CASTILLO LASIERRA AMPARO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una enfermedad progresiva, frecuentemente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0897

1. TÍTULO

ESTRATIFICACION DEL RIESGO EN LOS PACIENTES CON EPOC SEVERO

infradiagnosticada y con elevada morbimortalidad. Es una de las enfermedades respiratorias de mayor prevalencia e impacto socio-económico y además es la única enfermedad crónica cuya morbimortalidad mantiene actualmente un incremento sostenido, estando su prevalencia e incidencia en continuo aumento.

Es indispensable valorar los distintos elementos que se asocian a una peor o mejor evolución y hacer una clasificación pronóstica en función del riesgo futuro de eventos adversos, es decir la probabilidad que el paciente pueda presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad, complicaciones, mayor consumo de recurso sanitarios, o mayor mortalidad.

A mayor gravedad de la EPOC, mas agudizaciones y mayor consumo de recursos.

La gravedad se puede estimar en base a la obstrucción (FEV1), pero existen otras variables como son la disnea o el impacto sobre la calidad de vida del paciente que ayudan a estimar el riesgo de la EPOC. Siendo la EPOC un problema de salud pública nos hace plantear estrategias para su mayor control.

Por todo esto surge la necesidad de un control más riguroso de los pacientes con EPOC severo, con el fin de vigilar de forma más estrecha los síntomas, las agudizaciones y capacidad de esfuerzo, es decir la necesidad de estratificar el riesgo para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-Conocer los factores pronósticos y su impacto en la frecuencia de exacerbaciones, deterioro funcional o mortalidad de los pacientes con EPOC severo

MÉTODO

Intervención farmacológica

Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación antineumococcica

Tratamiento no farmacológico de la EPOC; vacunación para la influenza

Aumentar la actividad física mediante gimnasia respiratoria

Educación al paciente en el uso de los inhaladores

Educación al paciente en la importancia de la EPO

INDICADORES

Utilización de la escala mMRC (Escala modificada del Medical Research Council) para medición de la disnea.

Utilización del CAT(CORP assessment test) para medición de la calidad de vida.

Ingresos hospitalarios y/o exacerbaciones tratadas por atención primaria.

Mortalidad.

DURACIÓN

Esta actividad lleva realizándose desde 2014 y se plantea continuar.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0468

1. TÍTULO

INTERCONSULTA TELEMÁTICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
BELTRAN MARIN IRENE
COLL CLAVERO JUAN IGNACIO
CASTELLAR OTIN ELENA
VALLES GALLEGO VICTOR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenimiento de la consulta telemática entre neurología y primaria de los centros de Salud de Monzón Urbano y Rural, con ampliación posterior de la herramienta a los CS de Binefar y Albalate de Cinca (2016) así como posteriormente a CS de Barbastro, Graus, Ainsa y Lafortunada (Abril-Junio 2017) quedando pendiente para 2018 la incorporación del resto de los CS del sector.
Se realizó una reunión presencial (sesión Power Point) con cada centro de salud designándose un interlocutor en cada uno de ellos para posibles imprevistos o dudas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Favorable con optimización no presencial del manejo del paciente crónico de neurología con mejoría de la atención global.
Excelente acogida por parte de los facultativos de atención primaria con uso inmediato de la herramienta. Tan solo ha sido posible analizar las consultas realizadas hasta Abril del 2017 por puesta en marcha de la vigente herramienta de CONSULTA VIRTUAL instaurada por el SALUD en octubre del 2017, que ha impedido una correcta recogida de datos
Indicadores y recogida de datos:
Consultas totales (excluyendo errores y repeticiones) desde Noviembre 2015-Abril 2017: 118
Causa principal de consulta: Empeoramiento clínico (59) y problemas derivados del tratamiento (38)
Patología predominante: Demencias (24), cefalea (12) epilepsia (7) trastornos del movimiento (6) y vascular (5)
Destino del paciente consultado: Nueva valoración presencial en neurología (49) resolución y manejo desde primaria (19) derivación a urgencias (1)
Fuente de datos: Propio registro HCE

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Favorable. Creación y mantenimiento de una herramienta que se ha mostrado útil en el manejo no presencial (telemático o virtual) del paciente crónico de neurología del sector Barbastro. Implicación de los facultativos de atención primaria de los CS participantes. Hubiera quedado pendiente la posibilidad de abordar los pacientes citados como primeras visitas pero la actual CONSULTA VIRTUAL cubre esta necesidad.

7. OBSERVACIONES.

He dudado si tipificar la memoria como "seguimiento" o "final" ya que la actual CONSULTA VIRTUAL ha absorbido la consulta telemática primitiva aunque nuestro objetivo es seguir manteniendo la consulta telemática de segundas visitas activa (y citas virtuales de primeras visitas por supuesto)

*** ===== Resumen del proyecto 2015/468 ===== ***

Nº de Registro: 0468

Título
INTERCONSULTA TELEMÁTICA PRIMARIA-NEUROLOGIA

Autores:
MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CALVO PEREZ LARA MARIA, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE, GARCIA FERNANDEZ LORENA, CORTINA LACAMBRA RAQUEL TRINIDAD, COLL CLAVERO JUAN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Existencia de importante demora en las segundas visitas de neurología, lo que presupone empeoramiento en la calidad asistencial

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0468

1. TÍTULO

INTERCONSULTA TELEMÁTICA PRIMARIA-NEUROLOGÍA

Dificultad en la comunicación entre primaria y neurología con ausencia de una vía de contacto efectiva y segura. Segundas visitas que pasan a ser primeras visitas preferentes, consumiendo recursos y aumentando la demora ya existente

Insatisfacción del paciente, del médico de atención primaria y del neurólogo

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Mejoría de la calidad asistencial adaptándose al contexto asistencial actual de las voluminosas listas de espera existentes con su consiguiente demora, ofreciendo la posibilidad de contactar desde primaria con el especialista de neurología en situaciones específicas con la creación de un circuito de comunicación rápido, eficaz y que preserve la confidencialidad del paciente

Disminución de recetas innecesarias a neurología, visitas a primaria (por misma queja no resuelta), visitas a s. de urgencias e incluso de hospitalizaciones en muchos casos

Registro de una actividad que ya se realiza informalmente

MÉTODO

Crear con s. de informática una adecuada herramienta de "interconsulta telemática" a través de HCE

Cada interconsulta será personalizada para cada neurólogo(excepto en periodo vacacional) con el compromiso de resolución de dicha interconsulta en 3-5d laborables

Se iniciará el proyecto con los Centros de Salud de Monzón Rural y Urbano

INDICADORES

Registro de las interconsultas realizadas

Escalas de satisfacción (primaria, neurología, pacientes)

DURACIÓN

Julio-agosto: Coordinación con primaria, informática del H. Barbastro para optimizar el formato de interconsulta

Septiembre: Sesión informativas en los C. de salud seleccionados

Octubre: Inicio del programa // solventación problemas (si los hay)

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 - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 01/02/2018

2. RESPONSABLE LORENA GARCIA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BORAU BUISAN MARIA FELISA
BUETAS AURE MARIA REYES
GUARDIA CONTRERAS ANA BELEN
DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE
LARA MARIA CALVO PEREZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la puesta en marcha de la consulta específica de Esclerosis Múltiple del Hospital de Barbastro se ha ido realizado las siguientes acciones:

Sesiones Clínicas:

Intraservicio: dentro de la Unidad de Neurología, de actualización de aspectos relevantes en cuanto al diagnóstico y novedades terapéuticas, así como puesta en común de casos de interés. Con una periodicidad trimestral.

En el servicio de Urgencias del Hospital: para aumentar el índice de sospecha de la enfermedad y realizar una derivación más eficaz a la consulta, así como para la agilización de pruebas complementarias. Esta actividad se ha realizado en dos sesiones.

En Hospital de Día: para la realización de pruebas para el diagnóstico (Punción lumbar, con la mayor celeridad), puesta al día de las novedades terapéuticas que se dispensan hospitalariamente en esta dependencia. Se ha realizado una sesión, se prevé realizar las necesarias según vayan comercializándose los fármacos oportunos.

Entrega de material a los pacientes:

Hoja informativa de los nuevos tratamientos orales: con sus principales indicaciones y efectos secundarios, así como estrategias para solventarlos.

Información específica para mujeres en edad fértil (con una prevalencia importante en esta enfermedad):

planificación del embarazo, (derivación directa a consulta de fertilidad, suspensión del tratamiento modificador de la enfermedad), teratogenicidad de los fármacos actuales, efecto sobre la anticoncepción, asesoramiento respecto al periodo de lactancia, etc...

Consulta específica con una periodicidad semanal (normalmente los jueves): con un tiempo de 30 minutos y con la asignación de un código específico 2.91 y citación periódica desde la consulta según. Memoria de casos nuevos, registro de cambios de línea de tratamiento, embarazos. Realización de informe médico cuando cambia alguna circunstancia del paciente o en su tratamiento. Posibilidad de acceso vía telefónica los jueves de 13-14 h para dudas o consultas breves.

Revisión periódica (según precise) de los requerimientos específicos de cada tratamiento: transaminasas quincenales en teriflunamida, AC para el Virus JC trimestral o semestralmente en laboratorio externo al hospital en tratamiento con Natalizumab, etc, RM de control a los 6 meses y al año de inicio de CADA tratamiento en todos los pacientes.

En hospital de día: infusión de tratamientos intravenosos, corticoides en los brotes, Natlizamub, Rituximab, Fingolimod via oral (con monitorización cardiaca durante 6 horas). Educación a los pacientes por parte de enfermería, revisión de analíticas previas a los tratamientos y seguimiento de posibles efectos secundarios. Educación al inicio de los tratamientos con interferones y acetato de glatiramero inyectable (intramuscular o subcutáneo), realización de forma preferente /urgente de punciones lumbares.

Asistencia a grupos de referencia:

De forma periódica (según se convocan) reunión con el grupo aragonés de esclerosis múltiple en el Salud (Zaragoza), puesta en común de casos de difícil diagnóstico y manejo, realización de protocolos de actuación y posicionamiento terapéutico etc.

Asistencia a la reunión del grupo de estudio de Esclerosis Múltiple celebrada anualmente en el Congreso de la Sociedad Española de Neurología.

Formación Continuada:

Realización por parte del facultativo responsable de la consulta de cursos y talleres de formación continuada, así como congresos:

Asistencia al congreso internacional de Esclerosis múltiple (ECTRIMS) que se celebra anualmente.

Cursos: Reunión postectrims, Reunión de EM camino de Santiago (ambas anualmente), Formación en Neuroinmunología:

Master en Neuroinmunología de la Universidad autónoma de Barcelona, Curso de inmunología y Celulas B, curso de neuroinmunología y bandas oligoclonales, programa de formación en esclerosis multiple Contact, realizado en el Hospital Vall de Hebron de Barcelona.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal objetivo era la organización reglada del seguimiento de pacientes de esclerosis múltiple por su especial complejidad, cada paciente precisa de una individualización específica de su enfermedad y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

tratamiento, eso conlleva que una mayor información y accesibilidad por parte del equipo asistencial acaba por minimizar el número de consultas extras, visitas a urgencias y atención primaria por posibles efectos adversos de medicación o dudas sobre sintomatología de la enfermedad etc...y una mejora en la calidad en la asistencia, ya que conoce a su médico de referencia que siempre es el mismo así como al equipo de enfermería.

Por otro lado la dedicación mas especifica de un facultativo a una patología concreta hace que tenga mayor formación y manejo sobre la enfermedad y sus tratamientos, con lo que aumenta la confianza de los pacientes y evita derivaciones innecesarias a centros de otros niveles para segundas opiniones. También se aumenta el conocimiento de la enfermedad entre otros compañeros(de urgencias) y se aumenta su seguridad en el manejo a través de acciones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Durante la experiencia durante este tiempo he aprendido a conocer mejor a los enfermos y a la enfermedad, así como que el trabajo en equipo facilita mucho el trabajo del día a día, entre los compañeros del proyecto queda la satisfacción de que el trabajo se está haciendo lo mejor posible, siempre hay aspectos mejorables en la asistencia diaria, y esto conlleva a una mejora global de los pacientes, creo que su mejor manejo incide en la calidad de su asistencia, minimizando los aspectos negativos y ello en la calidad de vida de estos pacientes que esta mermada desde edades medias de la vida.

Como pendiente queda la encuesta de satisfacción al paciente

7. OBSERVACIONES.

Por ultimo me gustaría concluir que este proyecto podría seguir en marcha dados los buenos resultados obtenidos. En este momento personalmente ya no me encuentro trabajando en el Hospital de Barbastro, una compañera, la Dra Carolina García Arguedas podría continuar con el proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/528 ===== ***

Nº de registro: 0528

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, BORAO BUISAN MARIA FELISA, BUETAS AURE MARIA REYES, GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE, CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETUDO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESAROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES, DESDE ANALITICAS ORDINARIAS, RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

MÉTODO
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO:QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

INDICADORES

ENTEGRA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de Esclerosis múltiple? AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

DURACIÓN

LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESARROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
BORAO BUISAN MARIA FELISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante la puesta en marcha de la consulta específica de Esclerosis Múltiple del Hospital de Barbastro se ha ido realizado las siguientes acciones:

Sesiones Clínicas:

Intraservicio: dentro de la Unidad de Neurología, de actualización de aspectos relevantes en cuanto al diagnóstico y novedades terapéuticas, así como puesta en común de casos de interés.

En el servicio de Urgencias del Hospital: para aumentar el índice de sospecha de la enfermedad y realizar una derivación más eficaz a la consulta, así como para la agilización de pruebas complementarias. Esta actividad se ha realizado en dos sesiones.

En Hospital de Día: para la realización de pruebas para el diagnóstico (Punción lumbar, con la mayor celeridad), puesta al día de las novedades terapéuticas que se dispensan hospitalariamente en esta dependencia.

Entrega de material a los pacientes:

Hoja informativa de los nuevos tratamientos orales: con sus principales indicaciones y efectos secundarios, así como estrategias para solventarlos.

Información específica para mujeres en edad fértil (con una prevalencia importante en esta enfermedad): planificación del embarazo, (derivación directa a consulta de fertilidad, suspensión del tratamiento modificador de la enfermedad), teratogenicidad de los fármacos actuales, efecto sobre la anticoncepción, asesoramiento respecto al periodo de lactancia, etc...

Consulta específica con una periodicidad semanal (normalmente los jueves): con un tiempo de 30 minutos y con la asignación de un código específico 2.91 y citación periódica desde la consulta según. Memoria de casos nuevos, registro de cambios de línea de tratamiento, embarazos. Realización de informe médico cuando cambia alguna circunstancia del paciente o en su tratamiento.

Revisión periódica (según precise) de los requerimientos específicos de cada tratamiento: transaminasas quincenales en teriflunamida, AC para el Virus JC trimestral o semestralmente en laboratorio externo al hospital en tratamiento con Natalizumab, etc, RM de control a los 6 meses y al año de inicio de CADA tratamiento en todos los pacientes.

En hospital de día: infusión de tratamientos intravenosos, corticoides en los brotes, Natalizumab, Rituximab, Fingolimod via oral (con monitorización cardiaca durante 6 horas). Educación a los pacientes por parte de enfermería, revisión de analíticas previas a los tratamientos y seguimiento de posibles efectos secundarios. Educación al inicio de los tratamientos con interferones y acetato de glatiramerio inyectable (intramuscular o subcutáneo), realización de forma preferente /urgente de punciones lumbares.

Asistencia a grupos de referencia:

De forma periódica (según se convocan) reunión con el grupo aragonés de esclerosis múltiple en el Salud (Zaragoza), puesta en común de casos de difícil diagnóstico y manejo, realización de protocolos de actuación y posicionamiento terapéutico etc.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El principal objetivo era la organización reglada del seguimiento de pacientes de esclerosis múltiple por su especial complejidad, cada paciente precisa de una individualización específica de su enfermedad y tratamiento, eso conlleva que una mayor información y accesibilidad por parte del equipo asistencial acaba por minimizar el número de consultas extras, visitas a urgencias y atención primaria por posibles efectos adversos de medicación o dudas sobre sintomatología de la enfermedad etc..y una mejora en la calidad en la asistencia, ya que conoce a su médico de referencia que siempre es el mismo así como al equipo de enfermería.

Por otro lado la dedicación mas específica de unos facultativos a una patología concreta hace que tenga mayor formación y manejo sobre la enfermedad y sus tratamientos, con lo que aumenta la confianza de los pacientes y evita derivaciones innecesarias a centros de otros niveles para segundas opiniones.

También se aumenta el conocimiento de la enfermedad entre otros compañeros(de urgencias) y se aumenta su seguridad en el manejo a través de acciones formativas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha mejorado la calidad asistencial de forma significativa en estos pacientes y las citaciones periódicas.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/528 ===== ***

Nº de registro: 0528

Título
PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
GARCIA FERNANDEZ LORENA, BORA O BUISAN MARIA FELISA, BUETAS AURE MARIA REYES, GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL, DIAZ DE CERIO JULIAN LEYRE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Aplicación de otras experiencias/técnicas llevadas a cabo con éxito
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
LA ESCLEROSIS MULTIPLE ES UNA ENFERMEDAD DEGENERATIVA DEL SISTEMA NERVIOSO, ORIGEN AUTOINMUNE, CAUSA DESCONOCIDA Y SIN CURA . AFECTA SOBRETUDO A PACIENTES JOVENES EN PLENO DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES LABORALES, FAMILIARES Y SOCIALES. TIENE UNA GRAN IMPORTANCIA DADO QUE ES UNA CAUSA RELEVANTE DE DISCAPACIDAD

RESULTADOS ESPERADOS
MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE .CONSOLIDAR UN SEGUIMIENTO ESPECIFICO DE ESTOS PACIENTES QUE TIENEN NECESIDADES ESPECIALES DE MONITORIZACION (CADA TRATAMIENTO PRECISA UNOS CONTROLES, DESDE ANALITICAS ORDINARIAS, RESONANCIAS MAGNETICAS PERIODICAS, DETERMINACION EN CENTROS EXTERNOS DE BIOMARCADORES)

MÉTODO
SESION CLINICA CON EL SERVICIO DE URGENCIAS/CENTROS DE SALUD PARA CRITERIOS DE DERIVACION DE PACIENTES CON SINTOMAS SUGESTIVOS DE ESCLEROSIS MULTIPLE E INGRESO DE ESOS PACIENTES. SI EL DIAGNOSTICO ES AMBULATORIO, REALIZACION DE PUNCIÓN LUMBAR EN HOSPITAL DE DIA DE FORMA MUY PREFERENTE CONSULTA DE DIAGNOSTICO EN MENOS DE UN MES CON INFORMACION DEL PROCESO AL PACIENTE RESPECTO AL SEGUIMIENTO EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS: HOJA INFORMATIVAS DE LAS DISTINTAS OPCIONES TERAPEUTICAS, INCLUYENDO LOS PRINCIPALES EFECTOS SECUNDARIOS INFORMACION DE MONITORIZACION DEL TRATAMIENTO EDUCACION POR PARTE DE ENFERMERIA DE HOSPITAL DE DIA DE TRATAMIENTOS INYECTABLES CUIDADOS DE ENFERMERIA, ANALITICAS RUTINARIAS EN LA INFUSION MENSUAL DE TRATAMIENTO INTRAVENOSOS. ENTREGA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INFORMACION SOBRE CUESTIONES DE SEGURIDAD EN PACIENTES EN EDAD FERTIL DERIVACION A CONSULTA DE FERTILIDAD EN CASO DE DESEO DE EMBARAZO DE CARA A MINIMIZAR EL TIEMPO SIN TRATAMIENTO ESPECIFICO DE LA ESCLEROSIS MULTIPLE .PUESTA EN COMUN EN EL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE CASOS COMPLEJOS .CODIGO ESPECIFICO DE CITACIONES: 2.91 . TIEMPO DE CADA CONSULTA 30 MINUTOS REVISIONES SEGUN LA TERAPIA EN CURSO: QUINCENAL (6 PRIMEROS MESES DE AUBAGIO), MENSUAL (TYSABRI), TRIMESTRAL (ORALES), SEMESTRAL (INYECTABLES CON MAS DE UN AÑO DE SEGUIMIENTO) SOLICITUD REGLADA DE RM DE CONTROL DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD ANUAL EN TRATAMIENTOS DE SEGUNDA LINEA RM PREFERENTE ANTE LA SOSPECHA DE BROTE ENVIO SEMENSTRAL DE DETERMINACION DE AC PARA VJC EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON TYSABRI ASISTENCIA POR PARTE DEL FACULTATIVO A LAS REUNIONES DEL GRUPO ARAGONES DE ESCLEROSIS MULTIPLE, AL GRUPO DE ESTUDIO DE ESCLEROSIS MULTIPLE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE NEUROLOGIA.

INDICADORES
ENTREGA DE CUESTIONARIO DE SATISFACCION A TODOS LOS PACIENTES Cuestionario de satisfacción de la consulta de Esclerosis múltiple * Centro y coordinación ¿Cómo valora, a nivel global, la consulta, las instalaciones y su coordinación? ¿Considera oportuno la frecuencia de visitas sucesivas? ¿Cómo valora el tiempo que tuvo que esperar en la sala de espera? * Atención y trato profesional ¿Cómo valora a nivel global la atención del/a profesional que le ha atendido? ¿Cómo valora la acogida que le proporcionó el/a profesional de auxiliar de Enfermería? ¿Cómo valora el tiempo que le dedicó? ¿Entendió las explicaciones que le dio sobre su enfermedad? ¿Entendió todo lo que el profesional le dijo que tenía que hacer? ¿Conoce el nombre de la persona que le atendió en la consulta? ¿Se ha sentido seguro/a con la atención proporcionada por el profesional? ¿Recomendaría esta consulta a otro paciente en su misma situación? * Necesidades y expectativas ¿Respondió el equipo de la consulta de esclerosis múltiple a sus necesidades y/o expectativas? ¿Cuáles eran sus necesidades respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? ¿Qué necesidades, cree usted, que no fueron cubiertas? ¿Cuáles eran sus expectativas respecto al equipo de la consulta de esclerosis múltiple? Si pudiera elegir, ¿iría de nuevo a este mismo profesional? *Oportunidades de mejora ¿Qué mejoraría de la consulta de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0528

1. TÍTULO

PUESTA EN MARCHA DE LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Esclerosis múltiple?

AUDITAR ANUALMENTE EL NUMERO DE CASOS NUEVOS, INICIOS DE TRATAMIENTOS, CAMBIOS DE LINEA DE TRATAMIENTO, EMBARAZOS,EFECTOS SECUNDARIOS NO ESPERADOS EN FARMACOS NUEVOS.

DURACIÓN

LA CONSULTA ESPECIFICA DE ESCLEROSIS MULTIPLE ESTA EN DESAROLLO DESDE SEPTIEMBRE DE 2015 ESTA PREVISTO INICIAR UN PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS PARA EL 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0901

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE RAMON MILLAN GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA
GARCIA SOLANS MERCEDES
PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
CASTELLAR OTIN ELENA
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Mantenimiento de la consulta multidisciplinaria bi o trimensual de ELA integrada por unidades de neurología, neumología, geriatría (paliativos), trabajo social, rehabilitación, digestivo y nutricionista desde julio 2015 aunque se plasmó en proyecto oficialmente en octubre del 2016.
Se realiza valoración integral del paciente con diagnóstico de ELA en una única visita realizada por neurología, neumología (con realización de espirometría y valoración de necesidad de CPAP), test de disfagia, valoración por nutricionista, rehabilitación, trabajo social y unidad de paliativos con asistencia de las sucesivas necesidades originadas por la progresión de la enfermedad.
Se realiza en cada visita analítica general con perfil nutricional y gasometría arterial, una valoración integral neumológica y neurológica (escala ALSFRS-R, Yesavage) espirometría, y, de manera más individualizada en caso necesario: test de disfagia y valoración nutricional, valoración de necesidad de alimentación por PEG y valoración por rehabilitación

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El mejor resultado alcanzado por el momento es que la unidad multidisciplinaria de ELA se haya mantenido funcionando, de manera regular, a pesar del cambio (por traslado) de más de la mitad del personal que inició el proyecto (oficialmente octubre 2016)
Pacientes por visita bi-trimestral: 4-6
Mortalidad y supervivencia. Número de terapias respiratorias instauradas (OTD, CPAP, BIPAP). Gastrostomías realizadas. Escalas de calidad de vida y satisfacción. Escalas de depresión.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración positiva tanto por parte de pacientes como de personal sanitario. Dado la escasa prevalencia de la enfermedad y del bajo número de pacientes reclutados no es posible explorar más datos que los brutos totales. (mortalidad, terapias instauradas...) sin poder hacer una comparativa del número de ingresos hospitalarios o visitas a urgencias respecto al periodo previo a la creación de la consulta.
Aspectos pendientes:
Preparar documentación informativa adecuada para pacientes y familiares afectados de la enfermedad
Reclutamiento de logopeda y psicólogo/a para la unidad
Visita a unidad de ELA de referencia de otro centro nacional por parte del equipo asistencial como aprendizaje
Posibilidades de replicación alta; por escasa sobrecarga laboral (nula económica) que conlleva el proyecto así como la alta sensibilización por parte del personal sanitario hacia la enfermedad

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/901 ===== ***

Nº de registro: 0901

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CALVO PEREZ LARA MARIA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, FERRER PARGADA DIEGO JOSE, GARCIA SOLANS MERCEDES, PALACIN ARIÑO CLARA CARMEN, ZAMORA MUR ALFREDO, POLO ROYO MARCO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0901

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (ELA) DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa poco prevalente pero de gran complejidad por su manejo y pronóstico. Se manifiesta clínicamente por debilidad muscular progresiva generalizada, produciendo dificultades de movilidad y deambulación, lenguaje, alimentación y, posteriormente, dificultad respiratoria. Esto produce una importante discapacidad funcional y dependencia de asistencia de terceras personas o dispositivos como adaptaciones o ayudas técnicas. Además de la progresividad de la enfermedad conlleva que el paciente tenga que ir adaptándose constantemente a los cambios. La mejor manera de manejar los problemas derivados de la enfermedad y las diferentes decisiones médicas es a través de equipos multidisciplinares que abarquen todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

RESULTADOS ESPERADOS
El objetivo global en la atención de los enfermos de ELA es garantizar una asistencia con el nivel de especialización que requieran en cada momento, de acuerdo a la evolución de su enfermedad, mejorando la calidad en la asistencia de los pacientes con ELA. Seguimiento más estrecho de la enfermedad, control clínico y analítico. Diagnóstico y tratamiento de forma precoz las posibles complicaciones de la enfermedad. Mejoría de comunicación entre todos los especialistas sobre cada paciente. Disminución de múltiples desplazamientos del domicilio del paciente al centro hospitalario para visitas de cada especialistas por separado

MÉTODO
Seguimiento estrecho del paciente con ELA en nuestra área sanitaria con revisiones cada 90 días en una consulta multidisciplinar formada por Neurología, neumología, nutrición, rehabilitación, trabajo social, unidad de paliativos para abarcar todas las necesidades diagnóstico-terapéuticas necesarias en una misma visita.

Estructura de la visita: Realización de gasometría arteria y analítica general. Seguirá primera valoración por neurología, a continuación se realizará espirometría y consulta por neumología. Posteriormente acudir a la consulta de la nutricionista y enfermera para realización de test de disfagia y por último, valoración por rehabilitación y psicología. Se solicita a lo largo de la evolución del paciente, colaboración por los servicios de paliativos y trabajo social. Al finalizar todas las consultas, el equipo multidisciplinar se reúne para comentar la valoración de cada paciente, la evolución que ha objetivado en cada área y la actitud terapéutica tomada

INDICADORES
Escala de satisfacción de pacientes y familiares.
Evaluación clínica con número de visitas/ingresos a urgencias, escalas de calidad de vida y supervivencia media
Seguimiento y recogida de indicadores trimestral

DURACIÓN
Consulta funcionante desde julio 2015 con progresiva de adhesión de nuevos servicios. Inicio oficial a partir de octubre 2016
Duración indefinida

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE FRANCISCO JAVIER MORA PUEYO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Valoración de test neuropsicológicos
Entrenamiento y disponibilidad de enfermería
Solicitud de recursos técnicos para la realización de los mismo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Selección de test
Enfermería formada

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoría asistencia al paciente con mayor facilidad y seguimiento de problemas cognitivos para el facultativo

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/48 ===== ***

Nº de registro: 0048

Título
EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

Autores:
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
• La evaluación neuropsicológica es necesaria en muchos de los pacientes atendidos por neurología. En el momento actual se remiten al H. San Jorge de Huesca, pero restringiendo en parte su uso para no sobrecargar dicho servicio. La posibilidad de realizar en nuestro centro evaluación neuropsicológica asistida informática permitirá aumentar el número de pacientes valorados y evitará el desplazamiento del paciente

RESULTADOS ESPERADOS
1. Ampliar el número de estudios neuropsicológicos, mejorando considerablemente la calidad de la visita neurológica al poder diagnosticar con mayor precisión.
2. Evitar el desplazamiento de pacientes a Huesca para realizar dichos test.
3. Evitar la sobrecarga de la unidad de neuropsicología de Huesca.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0048

1. TÍTULO

EVALUACION NEUROPSICOLOGICA INFORMATIZADA

MÉTODO

- iPad con APP NuCog (Test neuropsicológico validado) (aproximadamente 45-60 min).
- DUE entrenado/a para pasar dicho test.
- Despacho / consulta para pasar dicho test (no hace falta camilla ni instrumental).
- Colaboración con informática para vincular los documentos PDF generados por el programa a la historia clínica del paciente

INDICADORES

- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores.

DURACIÓN

- Numero de pacientes atendidos.
- Satisfacción de pacientes y cuidadores

OBSERVACIONES

no

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
RUIZ MONTES FRANCISCO
EITO CUELLO JUAN JOSE
PEYRET FERRER INMACULADA
GRACIA NADAL GLORIA
ROLDAN MORENO LAURA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de protocolo por parte de neurologia y revisión por resto de equipo
Reunión 4 de Octubre

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Revisión del 50% de boceto, pendientes nueva reunión

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Manejo interdisciplinar del ictus

7. OBSERVACIONES.

Pendientes de nuevas reuniones para aprobar protocolo

*** ===== Resumen del proyecto 2018/377 ===== ***

Nº de registro: 0377

Título

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

Autores:

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, PEYRET FERRER INMACULADA, GRACIA NADAL GLORIA, ROLDAN MORENO LAURA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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 ictus es una patología frecuente con una incidencia de ictus en torno a 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El manejo intensivo de estos pacientes en áreas de ictus durante la fase aguda ha demostrado mejorar las tasas de supervivencia y la recuperación funcional en estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

-El objetivo principal es realizar un protocolo actualizado de manejo de pacientes con ictus en fase aguda durante su estancia en el área de ictus.
- Población diana: pacientes con ictus agudo
- Participación de neurología, medicina interna, urgencias y enfermería

MÉTODO

- Reuniones periódicas al menos semestrales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0377

1. TÍTULO

MANEJO DEL PACIENTE EN EL AREA DE ICTUS

- Trabajo basado en publicaciones científicas recientes y protocolos actualizados en otros centros de nuestra comunidad

INDICADORES

- Realización de protocolo consensuado de manejo del paciente en área de ictus

DURACIÓN

- Fecha de inicio de redacción: Septiembre de 2018
- Fecha de finalización: Septiembre 2019

OBSERVACIONES

En un proyecto posterior se realizará la implementación del protocolo.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
BELTRAN MARIN IRENE
RUIZ MONTES FRANCISCO
EITO CUELLO JUAN JOSE
CANELLAS SANCHEZ PILAR
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de sesión interdisciplinar 27 de Septiembre
Realización de Borrador de protocolo

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Consenso con personal de guardia de medicina interna para protocolo de ictus intrahospitalario

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Manejo código ictus dentro del hospital

7. OBSERVACIONES.

Pendientes de nuevas reuniones para aprobación definitiva

*** ===== Resumen del proyecto 2018/378 ===== ***

Nº de registro: 0378

Título
CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, BELTRAN MARIN IRENE, RUIZ MONTES FRANCISCO, EITO CUELLO JUAN JOSE, CANELLAS SANCHEZ PILAR, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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
La incidencia del ictus se estima en 150-250 casos por cada 100.000 habitantes. El tratamiento fibrinolítico y la trombectomía han demostrado mejorar las tasas de supervivencia. En aquellos pacientes ingresados que puedan presentar un ictus agudo es fundamental protocolizar una vía para su manejo de manera que se beneficien de estos tratamientos

RESULTADOS ESPERADOS

- Realización de protocolo para establecer la vía de manejo del código ictus intrahospitalario.
- Población diana: ictus agudo intrahospitalario
- Neurología, urgencias y medicina interna.

MÉTODO

- Reuniones periódicas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0378

1. TÍTULO

CODIGO ICTUS INTRAHOSPITALARIO DE HOSPITAL DE BARBASTRO

- Protocolo código ictus Aragón y bibliografía reciente
- uso deTeleictus

INDICADORES

- Realización de protocolo consensuado

DURACIÓN

Inicio: Septiembre 2018

Finalización: Septiembre 2019

OBSERVACIONES

Posteriormente se realizará proyecto de implementación del protocolo

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 11/01/2019

2. RESPONSABLE CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización de base de datos de las interconsultas al servicio de neurología de Barbastro
Cumplimentación de base de datos con actualización periódicas

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Registro de 2018 cumplimentado

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

cuantificación de interconsultas y sus características

7. OBSERVACIONES.

Pendiente análisis estadístico 2018

*** ===== Resumen del proyecto 2018/430 ===== ***

Nº de registro: 0430

Título
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoración en le día e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registrarlas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoración supone para la evolucion del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelanteras consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos inecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO

los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servicio en un excel de forma retro y prospeptiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROSSERVICIOS HOSPITALARIOS

poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

INDICADORES

Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y nº de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

DURACIÓN

La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurologia

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 - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
BELTRAN MARIN IRENE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una base de datos en formato excel con la recogida de pacientes recibidos a través del formato de interconsulta. Se han recogido todos los datos en un período de año y medio aproximadamente (desde Enero de 2018 hasta marzo de 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han recogido 310 interconsultas divididas en función de su origen, de las cuales un 70% son del servicio de urgencias, 25% del servicio de medicina interna y un 5% de otros servicios.

El 99% se han resuelto el mismo día de la solicitud: decidiendo si alta, consulta o ingreso en Neurología u Interna.

Los motivos de solicitud más frecuentes han sido valoraciones de pacientes con sospecha de patología de debut, o modificaciones de tratamientos prescritos por nuestro servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Dada la gran demanda que existe por la alta prevalencia tanto de patología neurológica como de otras patologías cuyos síntomas guías son neurológicos, resulta imprescindible la rápida atención y valoración de estas consultas para aplicar terapias o pruebas complementarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/430 ===== ***

Nº de registro: 0430

Título
REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

Autores:
BELTRAN MARIN IRENE, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GRACIA JOSE RAMON, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: interconsultas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de neurologia recibe interconsultas de diferentes servicios del hospital, que en muchas ocasiones precisan valoración en le día e incluso urgente. Dichas interconsultas son archivadas y nos proponemos revisarlas y en el futuro registrarlas prospectivamente para analizar servicio de origen, motivo y resultado de las mismas, haciendo incapie en los cambios que esta valoración supone para la evolución del paciente. Evitar ingresos y /o modificar tratamientos, adelantera consultas etc.

RESULTADOS ESPERADOS

Nos proponemos conocer el numero de interconsultas realizadas, motivo de las mismas y resultado de dichas

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0430

1. TÍTULO

REGISTRO DE INTERCONSULTAS SOLICITADAS AL SERVICIO DE NEUROLOGIA POR PARTE DE OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS

interconsultas para reforzar la utilizad de las mismas evitando ingresos innecesarios y/o dando soluciones inmediatas al paciente desde el servicio de urgencias u otros servicios.

MÉTODO

los datos seran recogidos por parte de todos los miembros del servcio en un excel de forma retro y prosppectiva a lo largo de este año y se analizaran estadisticametne con el programa informatico correspondiente. Nos proponemos detectar aquellos aspectos que mas frecuentemente son motivo de consulta para poder mejorar la formacion en dichos aspectos con los Servicios que mas soliciten nuestra valoracion.

INDICADORES

Numero de internconsultas/dia. Origen de las mismas y n° de ingresos en neurlogia evitados, y o pacietes en los que se lleve a cabo una modificacion de su tratamietno habitual y/o una priorizacion de su atencion en consultas externas .

DURACIÓN

La duracion prevista es de un año y los responsables seran los facultativos especialistas en neurologia

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 - 2019/0656

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

Fecha de entrada: 22/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE ANTONIO CRESPO BURILLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HA REALIZADO UNA HOJA INFORMATIVA ACTUALIZADA DE LOS TRATAMIENTOS DISPONIBLES PARA LOS PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE
SE HA PREGUNTADO A 10 PACIENTES CON ESCLEROSIS MULTIPLE SU NIVEL DE SATISFACCIÓN CON LA HOJA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EL RESULTADO MEDIO DE SATISFACCION DE 0 A 10 ES DE 8, POR LO QUE ESTÁN SATISFECHOS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
SE SEGUIRÁ DISTRIBUYENDO LA HOJA INFORMATIVA PARA INICIOS O CAMBIOS DE TRATAMIENTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/656 ===== ***

Nº de registro: 0656

Título
HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

Autores:
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La prevalencia media de esclerosis múltiple es de 100 pacientes/100.000 habitantes. En los últimos años la cantidad de tratamientos modificadores de la enfermedad y sintomáticos ha aumentado de forma significativa.

RESULTADOS ESPERADOS
Realizar hoja informativa sobre los diferentes tratamientos en esclerosis múltiple adaptada a los pacientes con el objetivo de que conozcan las diferentes posibilidades terapéuticas que pueden ofrecerse

MÉTODO
Realización de hoja informativa
En momentos de inicio o cambio de tratamiento se aportará dicha hoja informativa

INDICADORES
Realización de hoja informativa S/N
Satisfacción del paciente escala 0 a 10

DURACIÓN
Junio-Septiembre 2019 realización de hoja informativa

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0656

1. TÍTULO

HOJA INFORMATIVA TRATAMIENTOS ESCLEROSIS MULTIPLE

Octubre 2019-Marzo 2019 distribución de hoja informativa y medición de satisfacción del paciente

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0683

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT9)

Fecha de entrada: 24/01/2020

2. RESPONSABLE CAROLINA GARCIA ARGUEDAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. NEUROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
VALORACIÓN EN CONSULTAS EXTERNAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE AIT, DERIVADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS O DE PRIMARIA DURANTE EL AÑO 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
SE HAN ANALIZADO UN TOTAL DE 40 PACIENTES CON EL DIAGNÓSTICO DE AIT,
SE HAN VALORADO EN CONSULTA DE NEUROLOGÍA CON UNA DEMORA MEDIA DE DÍAS DE 18 DÍAS.
TODOS ELLOS CON LA REALIZACIÓN DE DUPLEX TSA CON UNA DEMORA MENOR A 20 DÍAS.
DE LOS 40 PACIENTES, SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO EN UN 72%, A LOS CUALES EN UN 80% SE MANTIENE LA TERAPIA INICIADA DESDE URGENCIAS O PRIMARIA, 5% SE CAMBIA DE TERAPIA Y EL 15% SE COMPLETA ESTUDIO PARA VALORAR OTRAS ETIOLOGÍAS.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LA ATENCIÓN PRECOZ EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE LOS AIT ES FUNDAMENTAL PARA INICIAR TERAPIAS ADECUADAS PARA PREVENIR LA PATOLOGÍA CEREBROVASCULAR TIPO ICTUS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/683 ===== ***

Nº de registro: 0683

Título
CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT)

Autores:
GARCIA ARGUEDAS CAROLINA, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GARCIA JOSE RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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
La enfermedad cerebrovascular es una de las primeras causas de mortalidad, y la primera de discapacidad, en adultos. Actualmente existen pocos datos precisos sobre la incidencia y la prevalencia del ataque isquémico transitorio (AIT), pero su importancia epidemiológica radica en que el AIT es un factor predictor de enfermedades vasculares, y en concreto de ictus; la prevalencia estimada de AIT previos en pacientes con ictus ha sido de entre el 7% y el 40%. La atención médica urgente de un AIT reduce el riesgo de sufrir un ictus significativamente a corto plazo. Los factores de riesgo para presentar un AIT son los mismos que en el ictus; la incidencia del AIT también aumenta notablemente con la edad. Una evaluación diagnóstica adecuada de un paciente que sufre un AIT, permitirá iniciar precozmente medidas preventivas individuales que reduzcan el riesgo de desarrollar más eventos vasculares.

RESULTADOS ESPERADOS
Valorar a todos los pacientes diagnosticados de probable AIT tanto desde el servicio de urgencias como

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0683

1. TÍTULO

CONSULTA DE ALTA RESOLUCION DEL ACCIDENTE ISQUEMICO TRANSITORIO CEREBRAL (AIT9)

atención primaria en un tiempo de menos de dos semanas en las consultas de Neurología.

MÉTODO

El paciente una vez identificado de la patología AIT, se solicita un duplex TSA cuay realización se hace en menos de dos semanas. Ya comprometido el servicio de radiología identificando el paciente como Vía AIT. Por parte del servicio de urgencias nos imprimen el informe de urgencias y a través de celador llega a nuestras consultas y se da cita en menos de 15 días con el duplex realizado.

INDICADORES

Se va a establecer la consulta vía AIT, con una media esperable 6 pacientes al mes, que se cumple la realización del estudio básico con duplex y neuroimagen basal, y se aplica tratamiento de prevención para nuevos eventos o para el ictus. Se decide ampliar estudio con otras pruebas según el perfil clínico cuya realización se cumple en el plazo máximo de 2 meses.

DURACIÓN

La consuta se ha iniciado este año y se creará de manera indefinida para valorar resultados, y se hará un registro de los AITs valorados.

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 - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 21/08/2016

2. RESPONSABLE BEATRIZ ROJAS PEREZ-EZQUERRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
ARRIBAS MARCO TERESA
GUARDIA DODORICO LORENA
GONZALEZ BALLANO ISABEL
BUIL LANASPA LAURA
CAMPO BROTO MARIA PILAR
TAPIA LANUZA AMADO
LALANA GARCES MARTA
LERMA PUERTAS DIEGO
ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE
RODRIGUEZ VALLE ANA
MIRAMAR MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre.
Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.
En el servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro se realizó una sesión informativa sobre el tema en mayo de 2015, otra el 22 de diciembre de 2015. En una sesión conjunta con Análisis Clínicos en enero de 2016 se informaron a los miembros de los dos servicios de los cambios en el protocolo.
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI (pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000 tras reevaluación con marcadores ecográficos), se revisó el anterior protocolo de cromosopatías del Hospital de Barbastro y desde enero de 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo intermedio hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón.
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología.
En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 709 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/117 ===== ***

Nº de Registro: 0117

Título
PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores:
ROJAS PEREZ-EZQUERRA BEATRIZ, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, ARIBAS MARCO TERESA, BUIL LANASPA LAURA, GONZALEZ BALLANO ISABEL, GUARDIA DODORICO LORENA, CAMPO BROTO MARIA PILAR, TAPIA LANUZA AMADO, LALANA GARCES MARTA, LERMA PUERTAS DIEGO, ALCAINE VILLARROYA MARIA JOSE, RODRIGUEZ VALLE ANA, MIRAMAR GALLART MARIA DOLORES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

En enero de 2013 se introdujo en muchos centros privados españoles el estudio de ADN fetal en sangre materna. En la actualidad, los tests de Diagnóstico Prenatal No Invasivo (DPNI) son la prueba de cribado más eficaz para el diagnóstico de síndrome de Down, con una sensibilidad del 99% y avalado por múltiples estudios. A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto que culminó con la realización de los primeros tests de DPNI en nuestro hospital en marzo de 2015. El objetivo en este año es monitorizar los resultados de la prueba en el primer año de mejora en el cribado y colaborar con el resto de los hospitales de Aragón para que se incorpore a todos los centros del SALUD.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Sesión clínica conjunta Ginecología-Análisis Clínicos Hospital de Barbastro, marzo de 2014 y enero 2015. Sesión clínica conjunta de todos los centros de Aragón-Genética HUMS, marzo 2015. Sesión informativa DPNI Hospital de Barbastro, abril 2015. Publicación de nuestros resultados, pendiente de aprobación en Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, febrero 2015. Presentación en las Jornadas de Calidad del Hospital de Barbastro, marzo 2015. Poster en el Congreso Nacional de Ginecología y Obstetricia, junio 2015. Revisión del protocolo de cromosopatías en el Hospital de Barbastro, marzo 2015. Modificación del consentimiento informado de cribado bioquímico de anomalías cromosómicas y de DPNI, marzo 2015. Modificación del folleto de Diagnóstico Prenatal que damos como información a las embarazadas del sector, marzo 2015. Impresión de 2500 trípticos sobre Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria, distribución en mayo 2015.

RESULTADOS ESPERADOS

Monitorizar los resultados en el primer año de incorporación del estudio de ADN fetal al Diagnóstico Prenatal No invasivo.

Ampliar las indicaciones de DPNI a los casos de riesgo intermedio en el cribado combinado de anomalías cromosómicas.

En última instancia y lo más importante, disminuir el número de técnicas invasivas y con ello, el número de abortos post-amniocentesis, sin por ello disminuir nuestras tasas de detección de aneuploidías (hoy en día, el 90%).

MÉTODO

Reuniones conjuntas con los responsables del Diagnóstico Prenatal de los demás centros públicos de Aragón para incorporar el DPNI a la Estrategia de cribado de cromosopatías de Aragón. De acuerdo con el servicio de Informática del Hospital de Barbastro, incorporar los resultados del cribado combinado y del DPNI a la Intranet del sector. Realizar un estudio coste-beneficio sobre el gasto que supondría la incorporación de estas pruebas en las pacientes con riesgo intermedio de cromosopatía por el cribado combinado (riesgos entre 1/271-1/1000) y el ahorro teórico por la disminución de pruebas invasivas y el aborto asociado a las mismas. Publicar nuestros resultados en revistas científicas tras la incorporación del ADN fetal al año de seguimiento. Comunicaciones y posters a congresos. Optar al galardón "Buenas Prácticas en atención al parto normal y salud reproductiva" que organiza el Ministerio de Sanidad en la convocatoria de 2016, cuando llevemos un año de aplicación de la prueba.

INDICADORES

Número de cribados combinados positivos, tasa de falsos positivos.

Tasa de detección de cromosopatías. Número de estudios de ADN fetal realizados. Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal.

Número de amniocentesis.

DURACIÓN

Fecha de inicio del proyecto: mayo 2015.

Fecha de finalización: mayo 2016.

Mayo 2015: reunión conjunta de todos los responsables de Diagnóstico Prenatal de los centros públicos de Aragón.

Mayo 2015: divulgación del nuevo folleto informativo de Diagnóstico Prenatal en los centros de Atención Primaria.

Junio 2015: publicación de los resultados obtenidos hasta el momento con el cribado combinado en revistas científicas. Junio 2015: asistencia al Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao y comunicación en forma de poster. Septiembre 2015: incorporación de los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Septiembre 2015: reunión conjunta con el resto de responsables del Diagnóstico Prenatal de otros centros públicos de Aragón. Enero 2016: reunión conjunta Ginecología-Análisis Clínicos para

revisión de los resultados en el primer año de la prueba. Marzo 2016: comunicación de los resultados en las jornadas de calidad del sector. Marzo 2016: incorporar los casos de cribado combinado con riesgo intermedio al DPNI, de acuerdo con la Gerencia del sector. -Abril 2016: convocatoria para la identificación, recogida y difusión de Buenas Prácticas en la Estrategia del SNS de Atención al parto normal y Salud Reproductiva. Abril 2016: envío a publicaciones científicas de los resultados obtenidos en el primer año de DPNI en nuestro sector. Reuniones periódicas con las matronas de Atención Primaria para poner en común la información que debemos dar a las embarazadas del sector.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0117

1. TÍTULO

PRIMER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

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 - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
MINGUEZ SORIO JULIA
BELTRAN GIMENEZ ANTONIO
LOPEZ ALONSO BEGOÑA
VILCHEZ BRUNED ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología en 2017 (vía, complicaciones, estancia media y reingresos) y se han comparado con las del 2016. Recogida de datos de la Historia Clínica de cada paciente: 1 enero 2017- 31 diciembre 2017. Datos ya obtenidos del año 2016. Discusión y presentación del proyecto en reunión de servicio. Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica. Evaluación en diciembre 17 de los dos años del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Histerectomías realizadas en 2017:

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2017. En total fueron 83 histerectomías, la cual se excluye una paciente por ser una histerectomía no programada, una complicación post cesárea por atonia uterina. La vía abdominal se utilizó en un 58.53% de los casos y la vía vaginal en un 35.36% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y solo un 6.09% por laparoscopia. La edad promedio de las pacientes en el caso de la histerectomía abdominal fue 52 años con edades extremas de 36-81 años y en el caso de la histerectomía vaginal la edad media fue 67 años con edad mínima de 41 y máxima de 83 años. Por laparoscopia la media fue 49 años con edades de 35-72 años.

Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban, en especial la cirugía abdominal que lo hacía hasta en un 35.4% y por la vía laparoscópica 40%. Las histerectomías vaginales se complicaban en un 24.9%. La complicación más frecuente fue la anemia: 28,04%, en las abdominales 33,33%, en las vaginales 20.68% y un 20% en laparoscopia; precisando transfusión el 8.5%, el 10.20% de la cirugía abdominal, un 3.44% de las vaginales y 20% laparoscopia, se perfundió hierro parenteral: 22.95% abdominal vs 13.79% vaginal y ninguno por laparoscopia. La segunda complicación fue la fiebre que se observó en 12.24% en las abdominales vs 6.89% de las vaginales y 20% laparoscopia.

La estancia media fue de 5 días para la histerectomía abdominal, de 3 días para la vaginal y de 5 días para la laparoscópica.

Salvo mayor porcentaje de reingreso, el resto de las variables estudiadas, la vía vaginal en comparación con vía abdominal es mejor, con menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebres y hematomas de cúpula) y menor estancia de media hospitalaria, por lo que es la mas indicada en casos de prolapso genital.

Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y tromboembólica.

Hubo una muerte súbita en el 7º día postoperatorio posible tromboembolismo pulmonar, una paciente con adenocarcinoma de endometrio, con varios factores de riesgo (obesidad, HTA, Insuficiencia venosas e insuficiencia cardiaca), la cual en el 4º día postoperatorio reintervención por evisceración intestinal. Debieron reingresar al hospital dos pacientes, un 2.4% del total de operadas. Los reingresos fueron por evisceración y otra por fiebre.

Análisis comparativo 2016 y 2017:

En el año 2017 se han intervenido quirúrgicamente de histerectomías programadas a 23 pacientes más que el año anterior (82 vs 59 pacientes en total). A pesar de ese aumento en el número de intervenciones, las complicaciones han disminuido en casi un 10%. La tasa de complicaciones de la histerectomía en 2017 (31.90%) comparando con del año 2016 (42.7%). Esto puede deberse a una plantilla de ginecología mas estable, mejores indicaciones, adecuado tratamiento médico y/o correcta evaluación prequirúrgica de las pacientes.

Además del 2016 al 2017 se ha disminuido la estancia media hospitalaria de 5.1 a 4.06 días, casi un día menos comparado con el año anterior. De la misma manera que la disminución del porcentaje de reingreso 8.47% vs 2.40%. En el 2016 la complicación mas frecuente era el hematoma de cúpula vaginal (34,81%) frente el 3.61% en 2017. En cambio en el 2017 la mayor complicación fue la anemia en un 36.14% vs 23.72%. Sin embargo menos porcentajes de otras complicaciones revisadas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el 2017 la complicación mas frecuente después de una histerectomía programada fue la anemia (36.14%). La

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

segunda complicación mas frecuente fue la fiebre en 10.84%.

Podemos afirmar que al comparar las complicaciones de las histerectomías vía abdominal (35.4%) versus vaginal (24,9%), la vía vaginal aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación mas rápida. En cuanto a la vía laparoscópica, es difícil poder comparar los resultados, puesto que se han hecho pocos casos (5 pacientes) con complicaciones del 40% y mas días de estancia hospitalaria, sin embargo en la literatura describen beneficios en su uso. La vía vaginal asistida por laparoscopia sería una buena opción para poder empezar en casos que no fuera posible una vaginal pura.

METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Tratamiento con análogos GN-Rh o Acetato de Ulipristal para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente perdida de peso antes de cirugía.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
- Aumentar el número de indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia.
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

7. OBSERVACIONES.

Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado todas las anemias que requirieron hierro intravenoso y transfusión sanguínea, pero al considerar las anemias que necesitaron transfusión solamente era el 9.5%; de las cuales mas de la mitad de las pacientes (57%) tenían Hemoglobina prequirúrgica <12mg/dL. Merece aclarar que no hemos categorizado el riesgo quirúrgico agregado que tienen las pacientes por su patología de base, por ejemplo la obesidad, que conlleva mas dificultad en la técnica quirúrgica, mayores tiempos quirúrgicos y por lo tanto mayores complicaciones.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/669 ===== ***

Nº de registro: 0669

Título
PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Autores:
GONZALEZ PEÑA CORALIA, NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER, MARTINEZ MEDEL JORGE, CALLEJAS REDONDO MARIA ESPERANZA, GISTAU FERRANDEZ MARIA JOSE, BALLARIN BUISAN SUSANA, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Mejorar las indicaciones en la actividad quirurgica. Facilitar la atención a las mujeres intervenidas.

PROBLEMA

A pesar de los progresos alcanzados, la cirugía ginecologica aun conlleva un alto porcentaje de complicaciones y este porcentaje sigue siendo mayor en la cirugía abdominal frente a la vaginal. Durante el año 2016, hemos revisado las histerectomías realizadas en el Servicio de ginecología de Barbastro y hemos observado una alta tasa de complicaciones (un 35%) . La complicación más frecuente ha sido la anemia grave postoperatoria (un 29,4%) el síndrome febril (un 11,7%) y el hematoma de cúpula (un 14,7%)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Las histerectomías abdominales se complican más que las vaginales.

La estancia media es de 5,4 días y el % de reingresos es del 8%.

Nos parece una tasa inaceptable de complicaciones, con una estancia media alta y se ha procedido a revisar todas las pacientes operadas en el año 2016, para valorar las indicaciones y buscar alternativas de mejora.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO:

La histerectomía por diferentes indicaciones constituye el 33% de la cirugía ginecológica realizada en nuestro servicio, siendo la miomatosis uterina sintomática la indicación más frecuente, seguida por los procesos neoplásicos y luego por los prolapsos genitales.

Se han realizado 27 Histerectomías abdominales y 7 Vaginales.

La vía abdominal se utilizó en un 82% de los casos y la vía vaginal en un 18% de los casos, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales.

La edad promedio de las pacientes es 55 años con edades extremas 36 y 83 años.

El promedio de estancia hospitalaria es de 5,4 días, mínimo 4 y la máxima 12 días.

Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica y trombo embólica.

En cuanto a complicaciones encontramos un total de 35%:

Infección de orina: 2,9%

Infecciones de pared abdominal: 2,9%

Anemia postoperatoria: 29,4%, de las cuales el 80% requirieron hierro parenteral y ninguna transfusión postoperatoria (todas por protocolo tienen pruebas cruzadas realizadas y sangre en reserva)

Hematoma de cúpula: 14,7%, las cuales constituyen el 50% de las anemias antes referidas.

Hematoma pared: 2,9%

Síndrome febril: 11,7%

Lesiones intraabdominales: 0%

Complicaciones tromboembólicas: 0%.

Debieron reingresar al hospital un 8% del total de operadas, que equivale a un 21% de las pacientes que se presentaron complicaciones y la estancia promedio fue de 6,6 días.

Si analizamos la vía operatoria utilizada y las complicaciones, la vía vaginal se complica en un 28% de las veces y la abdominal en un 37%.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL:

Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir el número total de complicaciones.

Disminuir las complicaciones por sangrado.

Disminuir la estancia media.

Disminuir el número de reingresos.

Disminuir la variabilidad clínica.

Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

MÉTODO

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión Clínica del Servicio antes de introducirlas en Lista de Espera Quirúrgica.

- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.

- Revisión de los casos clínicos 15 días previos a la IQ para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc).

- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.

- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.

- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación, complicaciones, EM, cirujano)

- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES

- Número de intervenciones realizadas en 2016-2017.

- Porcentaje de complicaciones.

- Tipo de complicaciones.

- Estancia media.

DURACIÓN

Recogida de datos: Octubre 16.

Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio: Noviembre 16.

Evaluación en Mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.

Recogida de variables durante 2017.

Evaluación en Diciembre 17 de los dos años del Proyecto.

OBSERVACIONES

La tasa de complicaciones en la cirugía más habitual de ginecología es elevada. Durante 2016, ha existido

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0669

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

gran variabilidad de Facultativos en el Servicio y eso ha podido condicionar los resultados, esperamos que con mayor estabilidad e implicación de los médicos en la actividad y la revisión de los casos complicados se pueda conseguir revertir la situación.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 27/01/2018

2. RESPONSABLE CARLOS FRANCO SERRANO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
MILLANES GALLINAT PATRICIA
ARIÑO BAILO VANESA
SATUE SALAMERO ELOISA
LABRADOR SARRAU MANUELA
COSTA MENEN ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.

En mayo de 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón, participando 3 profesionales de nuestro Sector en el grupo de trabajo (Dr. Martínez Medell; Dra Aragón y Patricia Millanes). En el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.

Se realizó la presentación del Protocolo Autonómico en el Servicio de Ginecología y además se reunió a las matronas de Atención Primaria para informar de las novedades.

Se realizó también un curso acreditado por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de 9 horas lectivas en Hospital de Barbastro el día 29/09/2016 con título: Actualización en anticoncepción de bajo riesgo en Atención Primaria.

Se asistió al taller impartido por la SEC para formadores en Zaragoza el día 19/04/2017.

La Dra. Aragón impartió un Taller práctico acreditado por la SEC para inserción y retirada de implantes el día 14 de Noviembre de 2017 de 5 horas de duración.

Se elaboró una base de datos mediante el programa Excel para recogida de datos en Centro de Especialidades Fraga. Se hizo hincapié en la información en planta de maternidad a las mujeres en el puerperio inmediato de los métodos anticonceptivos de larga evolución existentes. Si se trataban de pacientes de riesgo, se les facilitó la cita en consulta especializada al alta postparto. En 2015, iniciamos un Plan de Mejora y se observó que de las mujeres informadas durante la hospitalización, sólo un 8% acudían a la instauración de métodos seguros.

Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas. Pensamos que este paso va a favorecer la instauración del método y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2016 se atendieron 18 Nacionalidades diferentes en nuestras consultas y en 2017 unas 20.

En la Consulta de Fraga se estudiaron 104 pacientes en el año 2016, de ellas 64 fueron españolas (61.5%) y 40 extranjeras. De las atendidas, 22 habían tenido IVEs (interrupción voluntaria del embarazo) previas (21.15%) y 10 de éstas tenían más de una IVE.

En 2017 fueron estudiadas 127 mujeres, 63 españolas (49.6%) y 64 extranjeras. 34 mujeres (26.7%) tenían antecedentes de IVE previa y 17 más de una IVE.

El número de implantes insertados por Atención Primaria ha pasado de 51 en el año 2016 a 164 en 2017. Su uso se ha incrementado en un 321% en el último año, debido a la mejor accesibilidad de las usuarias.

El número de implantes en las consultas en zonas alejadas del hospital (Aínsa, Castejón, Lafortunada, Tamarite y Benabarre) también se ha incrementado, pasando de 20 en 2016, a 33 en 2017.

En Atención Especializada se han colocado en 2017 solamente 21 implantes anticonceptivos. Aunque la retirada de los mismos se sigue haciendo en la Consulta de Ginecología.

En 2016 se colocaron 9 implantes en urgencias de ginecología, a mujeres en riesgo de exclusión para facilitarles el acceso al método. En 2017 sólo se ha insertado uno ya que la incorporación de las matronas a esta actividad facilita la captación de grupos de riesgo y la inserción de métodos seguros sin demora dependiente de la consulta de ginecología. Respecto a los DIUS insertos en Urgencias, se han insertado 17 en 2016 y 11 en 2017, en general al mismo tipo de población.

La inserción de dispositivos intrauterinos (DIU) también se ha elevado durante los últimos años. La colocación del mismo se realiza exclusivamente por el especialista de Ginecología.

Se pusieron 85 DIU no farmacológicos en 2016 y 93 en el año 2017.

El DIU Jaidess® sigue encontrando dificultades para su instauración, quizá por falta de hábito y por falta de información en población joven nulípara. Se han colocado 9 en todo el Sector. Consideramos que puede tener utilidad en las jóvenes como método anticonceptivo y como tratamiento de dismenorreas y otras patologías.

El DIU Mirena® en 2016 se colocó en 135 casos y en 2017 en 175. Se ha incrementado también su inserción un 40 casos (29,6%).

En total se insertaron en consulta de ginecología 352 métodos de larga duración en 2016 y en 2017 se

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

colocaron 322.

La demora en Consultas de Planificación familiar también ha mejorado en el último año. En Diciembre de 2016 teníamos una demora media de más de 90 días para atender la inserción de métodos y en 2017 disminuyó a 29 días. Ello es debido a la realización de consultas extraordinarias y a la disminución de demanda por anticoncepción de bajo riesgo que la asumen los equipos de Atención Primaria.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el posparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora.

El implante anticonceptivo como método de larga duración, es seguro y su eficacia no depende de la usuaria. La instauración del mismo por las matronas de AP permite ofertarlos a todas las mujeres del Sector en igualdad de condiciones y favorecer la atención a las mujeres de las Zonas Básicas más alejadas del hospital. El hecho de que los equipos de AP asuman la anticoncepción de bajo riesgo, disminuye la presión asistencial y la demora para poder instaurar los métodos LARC seguros y con alta eficacia.

También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6%, en 2016 un 51,2% y un 44% en 2017 y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE (interrupción voluntaria del embarazo) en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

7. OBSERVACIONES.

Es imprescindible el trabajo conjunto del especialista con enfermería del Hospital y matronas de Atención Primaria. De esta forma se puede captar a mujeres en riesgo de exclusión durante el ingreso hospitalario o en la revisión posparto y facilita la accesibilidad a un método contraceptivo seguro.

La nueva incorporación del personal de Atención Primaria en la inserción de los implantes subdérmicos y en la anticoncepción de bajo riesgo ha disminuido la demora en las Consultas de Ginecología y por consiguiente ha beneficiado a la usuaria.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/671 ===== ***

Nº de registro: 0671

Título
ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
FRANCO SERRANO CARLOS, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MARTINEZ MEDEL JORGE, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ARIÑO BAILO VANESA, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, LABRADOR SARRAU MANUELA, COSTA MENEN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PLANIFICACIÓN FAMILIAR
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque.....: Facilitar la información en anticoncepción a las mujeres que lo deseen, de forma preferente a las mujeres con patología o problemática social.

PROBLEMA

Consideramos que el acceso a la asistencia en materia de contracepción es un derecho de la mujer y la finalidad de la atención contraceptiva es ayudar a que la mujer en edad fértil tenga los hijos que voluntariamente desee y pueda planificar su maternidad.

En mayo del 2016, se presentó el Programa para la organización de la Atención Anticonceptiva en Aragón y en el Sector Barbastro hemos considerado necesario, trabajar conjuntamente con las matronas de Atención Primaria, esta Estrategia para facilitar la información en materia contraceptiva a toda la población y facilitar la accesibilidad a las consultas de especialista, en especial a las mujeres en riesgo de exclusión.

Ya en 2015, iniciamos un Plan de Mejora, ginecólogos, matronas y enfermería, para informar a las mujeres en el puerperio inmediato en planta de hospitalización y programarles las citas en consultas de ginecología, para

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0671

1. TÍTULO

ESTRATEGIAS PARA FACILITAR LA CONTRACEPCION SEGURA EN MUJERES EN RIESGO DE EXCLUSION EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

inserción de métodos de larga duración (DIUS e Implantes hormonales) el día del alta. De las mujeres informadas, solo un 8% acudieron a la instauración de métodos seguros.

En la muestra recogida en 2015, observamos que el implante hormonal, está bien aceptado entre las mujeres de etnia gitana e inmigrantes y consideramos importante organizar un circuito asistencial desde el hospital en el postparto inmediato, para que las mujeres que precisen anticoncepción segura puedan atenderse sin demora. Desde finales del 2015, en algunos centros de Primaria, se ha comenzado a insertar los implantes subdérmicos en las consultas de las matronas, pensamos que este paso va a favorecer la instauración de métodos seguros y asegurar el seguimiento de las mujeres, a la vez que puede disminuir las derivaciones a Atención Especializada.

También observamos, el porcentaje de mujeres embarazadas extranjeras en la consulta de Fraga en 2015 fue del 52,6% y este colectivo, es especialmente vulnerable ya que el 60% de las mujeres que solicitaron información sobre IVE en Fraga, fueron extranjeras. La dificultad idiomática y de accesibilidad en este grupo es importante y es en la consulta de la matrona donde se pueden captar con más facilidad.

RESULTADOS ESPERADOS

El Objetivo general.

Mejorar la calidad de vida de las mujeres.

Objetivos específicos.

- Informar sobre anticoncepción a las mujeres en el puerperio inmediato.
- Facilitarles información escrita y clara de los diferentes métodos.
- Espaciar el intervalo intergenésico en mujeres vulnerables.
- Facilitar la atención en consulta especializada.
- Promover medidas preventivas materno-infantiles.
- Adecuar las medidas anticonceptivas a la madre lactante.
- Apoyo a la lactancia.

MÉTODO

Informar a las púerperas antes del alta hospitalaria de las medidas preventivas en anticoncepción por la matrona de planta.

Folleto escrito informativo y traducido.

Citar a la paciente en las consultas de especialistas para la inserción de métodos al alta hospitalaria por la secretaria de planta.

Dar los Consentimientos Informados al alta para facilitar la atención en consulta por la matrona de puerperios.

Informar y dar los Consentimientos Informados por la matrona de Primaria cuando la paciente solicita DIUs.

Inserción de Implantes subdérmicos por las matronas de Primaria.

Control y monitorización mediante base de datos de los métodos instaurados.

INDICADORES

Número de mujeres que se informa sobre anticoncepción en Planta de púerperas.

Número de DIUS insertos en consulta.

Número de implantes subdérmicos puestos por las matronas de Atención Primaria.

Número de mujeres extranjeras que acuden a inserción de métodos de larga duración.

DURACIÓN

3 años.

De Junio a Julio: Diseño del Proyecto. Diseño de excell para recogida de datos.

Crear consulta de enfermería para inserción de implantes subdérmicos.

Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN	: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS	: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) ..	: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES	: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE CARMEN MIHAELA MIGDAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ONCINS TORRES ROSA
TUDOR MADUTA
FRANCO SERRANO CARLOS
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
LOPEZ BONILLA AGUSTIN
GUARDIA DODORICO LORENA
GUARDIA CONTRERAS ANA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

PROBLEMA U OPORTUNIDAD DE MEJORA SELECCIONADA

El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV). La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU.

En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%.

Según datos de 2012 a 2014 la prevalencia del HPV en atención Primaria es de 8,3%, del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3. En 2016 la prevalencia de VPH en el Sector Barbastro es de 9,36%.

En el Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL).

Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINtec® PLUS) dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año. Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.

La utilización de la doble tinción en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.

La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

Periodo de estudio 1 de enero del 2017 hasta 31 de octubre 2017.

Se han realizado 3879 muestras de cribado y 3195 HPV. De ellas 181 citologías han sido ASCUS/ LSIL.

A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se les ha remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes fue de 41 años (SD 10). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue de 4,6%.

Se han realizado en total 119 pruebas de tinción dual (CINtec® PLUS) en lesiones ASCUS, LSIL y también en algunas citologías de alto riesgo (HSIL, ASC-H) y en citologías normales con VPH positivo.

Del total de tinciones duales (CINtec® PLUS) en lesiones ASCUS/LSIL 20 (22, 9 %) son positivas y 67 (77,1 %) son negativas. Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec® PLUS, 51 son ASC-US y 36 son LSIL. Los CINtec® PLUS negativos equivalen a colposcopias evitadas.

De las citologías ASCUS: 9 (17,6%) son CINtec positivos y 42 (82,3%) son CINtec negativos.

De las citologías LSIL: 11(30,5%) son CINtec positivos, 25 (69,4%) son CINtec negativos.

Un 82,3 % (42) de los ASC-US y un 69,4% (25) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.

Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 20 con tinción dual (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 16 casos: 10 resultaron ser benignas, 3 resultaron CIN 1 y 3 casos resultaron CIN 2-3. En los 4 casos restantes no se realizó biopsia.

MÉTODO Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR

Recogida de datos con el número de CINtec realizados.

Sesión del Servicio para valorar resultados.

Reunión con las matronas de Primaria.

Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.

INDICADORES: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

Cobertura programa screening. En 2016 73,9%.

Nº de CIN3 diagnosticados: 55

Nº de ASC-US/ LSIL: 87

Nº de test positivos de HPV en. 2016: 408 (11,8%)

Nº de colposcopias: 500

Porcentaje de lesiones que progresan: Un 37% de las biopsias se encuentra lesión

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

DURACIÓN Y CALENDARIO PREVISTOS

Enero 2017 a Octubre 2017 Recogida datos en Anatomía Patológica.
Diciembre evaluación del Proyecto y conclusiones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

RESULTADOS QUE SE ESPERA CONSEGUIR

Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
Control de calidad del cribado realizado.

7. OBSERVACIONES.

La tinción dual añade eficacia al triage con citología. Las mujeres CINTec POSITIVAS precisan control estricto ya que un 80% presentarán lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINTec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.

Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/780 ===== ***

Nº de registro: 0780

Título

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

Autores:

MIGDAN CARMEN MIHAELA, COMES GARCIA MARIA DOLORES, ONCINS TORRES ROSA, MUÑIZ UNAMUNZAGA GORKA, MADUTA TUDOR, GUARDIA DODORICO LORENA, MARTINEZ MEDEL JORGE, CAMPO BRATO MARIA PILAR JUDITH

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Pacientes del programa de cribado de cáncer de cérvix.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Otro (especificar en siguiente punto)

Otro Enfoque.....: Potenciar las mediadas preventivas en Cancer Cuello Uterino.

PROBLEMA

El cáncer de cuello de útero (CCU) se produce por una infección persistente del virus del Papiloma Humano (HPV). La prevalencia de infección del HPV en España está entre 10 y 12%, siendo mayor en mujeres jóvenes y en el 90% de los casos se resuelve sin producir lesión. Si persiste la infección por HPV, hay riesgo de desarrollar CCU. En el Sector Barbastro, la población diana para cribado de CCU es de 24.700 mujeres. La prevalencia de infección por HPV en mayores de 30 años es del 9%. Según datos de 2012 del total de HPV positivos, un 23,5% eran genotipo 16; un 6,5% del 18 y el 70% de otros. Los genotipos 16 y 18 tiene tres veces más riesgo para la progresión a CIN3. En el nuevo Protocolo de cribado del Sector, se realiza la determinación del virus HPV a las mujeres mayores de 30 años y se remiten a colposcopia las mujeres positivas para el virus con lesiones de bajo grado (ASC-US, LSIL). Existen biomarcadores detectables con técnicas inmunohistoquímicas y pueden evaluarse en un examen citológico. La tinción dual (CINTec plus) detecta dos biomarcadores (p16 y Ki 67). Si ambos se expresan en una misma célula, indican que existe riesgo de progresión a lesión intraepitelial de alto grado y sólo estas pacientes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

serán remitidas a colposcopia y el resto se controlarán al año.

Esta prueba, con bajo coste y sencilla interpretación, permite optimizar los recursos al evitar colposcopias innecesarias.

La utilización de la doble tinción dual en el diagnóstico de las lesiones de bajo grado para CCU es más objetiva que la valoración colposcópica y nos puede servir de ayuda para disminuir la presión en consulta de patología cervical y dar más seguridad a las mujeres que no expresan los biomarcadores de la citología.

La disminución de consultas de los especialistas en el CCU y el control con seguridad en Atención Primaria es un objetivo prioritario que disminuye los costes del Programa sin perder sensibilidad.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO.

Periodo de estudio 1 de mayo del 2015 hasta 30 de abril 2016.

Se han realizado 1934 citologías ginecológicas y 3284 HPV. De ellas 185 citologías han sido ASCUS/ LSIL. A las mujeres HPV positivas con lesiones ASCUS/ LSIL se han remitido a colposcopia. La media de edad de las pacientes es 39,05 años (SD 11,21). La prevalencia de ASC-US/LSIL fue 9,6%.

Se han realizado 94 pruebas de tinciones duales (CINtec).

Del total de tinciones duales (CINtec) 33 (35,1%) son positivas y 60 (63,8%) son negativas, sólo un caso (1,1%) fue no valorable.

Los CINtec negativos equivalen a colposcopias evitadas.

Sobre las citologías a las que se le realiza el CINtec Plus, 58 son ASC-US y 36 son LSIL.

De las citologías ASCUS: 19 (32,8%) son CINtec positivos y 39 (67,2%) son CINtec negativos.

De las citologías LSIL: 14(38,9%) son CINtec positivos, 21 (58,3%) son CINtec negativos y un caso (2,8%) no es valorable.

Un 67,24% (39) de los ASC-US y un 55,55% (21) de los LSIL son CINtec NEGATIVOS y se pueden controlar en Atención Primaria.

Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto, de las 33 tinciones duales (CINtec) positivas, tenemos resultado de biopsia en 18 casos: 7 resultaron ser benignos, 9 resultaron CIN 1 y 2 casos resultaron CIN 3. En los 15 casos restantes no se realizó biopsia.

RESULTADOS ESPERADOS

- Disminuir las colposcopias realizadas en la consulta de patología cervical.
- Disminuir el intervencionismo innecesario en el control de las mujeres con HPV positivo.
- Disminuir la iatrogenia en mujeres con poco riesgo de enfermar.
- Facilitar el acceso a la consulta de patología cervical de las mujeres con riesgo de lesión.
- Aumentar la seguridad en las mujeres portadoras del HPV y lesiones de bajo grado con poco riesgo de progresión.
- Control de calidad del cribado realizado.

MÉTODO

- Recogida de datos con el número de CINtec realizados.
- Sesión del Servicio para valorar resultados.
- Reunión con las matronas de Primaria.
- Informatizar la consulta de patología cervical accesible a todos los Niveles Asistenciales.

INDICADORES

- Cobertura programa screening.
- N° de CIN3 diagnosticados.
- N° de ASC-US.
- N° de LSIL.
- N° de test positivos de HPV.
- N° de colposcopias.
- Porcentaje de lesiones que progresan.

DURACIÓN

- Junio 2015:
*Presentación del Protocolo.
- Desde Junio a Diciembre recogida de datos en Anatomía Patológica.
- Noviembre 2016:
*Evaluación del Proyecto

OBSERVACIONES

- La tinción dual añade eficacia al triage con citología.
- Las mujeres CINtec POSITIVAS precisan control estricto ya que más de un 50 % presentaran lesión colposcópica, mientras que para las mujeres CINtec NEGATIVAS la sensibilidad es similar a la colposcopia negativa, más objetiva y por lo tanto aporta mayor seguridad a las pacientes que se pueden controlar al año.
- Evitar colposcopias innecesarias supone menor ansiedad e incomodidad en las pacientes, disminuye la presión asistencial en consultas de patología cervical y la iatrogenia en mujeres de bajo riesgo.
- También favorecerá un uso más eficiente de los recursos disponibles y mayor colaboración con Atención Primaria en el desarrollo del programa de cribado.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0780

1. TÍTULO

EVALUACION DE LAS MUJERES CON LESIONES CERVICALES DE BAJO GRADO MEDIANTE TECNICAS MOLECULARES PARA DISMINUIR EL NUMERO DE COLPOSCOPIAS

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/02/2018

2. RESPONSABLE MADUTA TUDOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LASHERAS ANA JULIA
MIGDAN CARMEN MIHAELA
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
CAMPO BROTO MARIA PILAR
SALINAS ALTEMIR ANA ROSA
SABES SOLANO ESTER
GRASA CORTINA MARIA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A lo largo del año 2014 comenzamos un proyecto de calidad que culminó con la realización de los primeros tests de Diagnóstico Prenatal No invasivo (DPNI o NIPT en sus siglas en inglés) en el hospital de Barbastro en marzo de 2015. Desde ese momento nos pusimos en contacto con el resto de hospitales de Aragón para poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma. En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año. En el servicio de Ginecología del Hospital de Barbastro se realizó una sesión informativa sobre el tema en mayo de 2015, otra el 22 de diciembre de 2015. En una sesión conjunta con Análisis Clínicos en enero de 2016 se informaron a los miembros de los dos servicios de los cambios en el protocolo. Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI (pacientes con riesgo intermedio en el cribado combinado de primer trimestre, definidas como riesgo 1/301-1/1000 tras reevaluación con marcadores ecográficos), se revisó el anterior protocolo de cromosopatías del Hospital de Barbastro y desde enero de 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo intermedio hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado. Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1). Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2). Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf>

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.

En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. En noviembre 2017 se empieza a calcular el riesgo de aneuploidias y entregar el resultado del Cribado del 1er trimestre en el momento de realizar la ecografía (11-13,6 semanas) con la ayuda del programa informático instalado en la consulta, evitándose de esta forma esperas innecesarias y acortándose el tiempo entre el screening y las prueba de diagnostico de alto valor predictivo (DPNI) y/o diagnostico de de certeza (Biopsia corial / amniocentesis).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Resultados cribado diagnostico prenatal 2016.

Numero de cribados primer trimestre: 728
Número de cribados segundo trimestre: 55
Total cribados: 783.
Mujeres sin cribado: 5 por control tardío

El 93% de las embarazadas acuden dentro del primer trimestre para realizar el cribado de cromosopatías.

Test DNA fetal realizados: 120, lo que supone un 15,32% de las mujeres cribadas.

DNA fetal positivo: 1 .Confirmado por amniocentesis se obtuvo una T21 en mujer de 36 años con un riesgo intermedio de 1/300.

Amniocentesis realizadas en 2016: 14 un 2,3% de los partos atendidos.

Diagnosticos:
- T21 dos. (edad de 35 años y 36 años)
-T14. Edad 36 años ADN positivo
-T18 Edad 44 años.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Ningún falso negativo. Índice de detección de cromosomopatías 100%.

Resultados cribado diagnostico Prenatal 2017

Número de cribados realizados: 833

- 784 cribados de primer trimestre, 116 han resultado positivos (14,79%)

- 49 cribados de II trimestre con 16 positivos (32,65%).

Se indican 132 ADN fetal según los resultados de los cribados (15,84%).

Se realizan 135 ADN fetal totales.

-Indicación del DNA:

-115 provienen del cribado del primer trimestre 85,18 %

- 13 del cribado del segundo trimestre 9,62%

- 7 sin cribado (captación tardía, edad materna) 5,18 %

- ADN fetal positivos: 3 (1 sin cribado + 2 del cribado del I trim)

- 2,22% de los cuales 2 cariotipos positivos y uno negativo

- falso positivo : 1-0,74% de los ADN fetal realizados

- falso negativo : 0

Numero de cariotipos indicados: 18 (2,16 % de todos los cribados) de los cuales:

Número de amniocentesis indicadas en 2017 : 11

- realizadas : 11 - (1,32% de los cribados realizados)

- 6 indicadas por cribado / ADN fetal (0,72%) + 5 sonografía genética

- 2 amniocentesis : T21

Numero de Biopsias coriales indicadas : 7 (0,84 % de todos los cribados, 0,89 % de los de I trim):

- indicadas : 7

- realizadas : 5

- 2 revocan el procedimiento

- Positivas : 3

- 2 biopsias coriales : T21

- 1 biopsia corial : T18

Se realizan 2 biopsias coriales por TN aumentada (una con un cribado para T21 R muy alto 1:1), las 2 con diagnostico de T21 .

Las biopsias coriales se realizan en el Hospital de referencia .

INDICADORES DE LOS DEFINIDOS EN EL PROYECTO QUE FACILITEN SU EVALUACIÓN INTERMEDIA

Número de cribados combinados positivos: En 2016 se han realizado 709 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).

En 2017: Número de cribados primer trimestre 784, (14,79%) positivos.

Número de estudios de ADN fetal realizados: En 2016 fueron 120 (15,32%). En 2017 son 135 (16,20%) de los cribados realizados

Tasa de detección de cromosomopatías: En 2016 fue del 100% y también en 2017.

Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 en 2016 y 1 falso positivo en 2017 una tasa de 0,75% de los ADN realizados.

Número de amniocentesis: En 2016 se realizaron 14 . En 2017 11 amniocentesis y 5 biopsias coriales.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El control de calidad realizado en Diagnostico Prenatal y la implementación de nuevas técnicas de cribado (en 2008 el cribado de primer trimestre y en Julio 2014 el DNA fetal en sangre materna) nos ha permitido pasar de realizar 194 amniocentesis en 2005 a 14 en 2016, y a 11 amniocentesis y 5 biopsias coriales en 2017 con una tasa cero de falsos negativos en los dos últimos años y solo 1 falso negativo en 2013. esto ha permitido disminuir la ansiedad materna y las pérdidas fetales por las pruebas invasivas no adecuadas a protocolo.

7. OBSERVACIONES.

La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015, disminuyó el número de amniocentesis en un 45%. Solo el 2,4% de los partos fueron sometidos a esta técnica.

En 2016 se realizaron solo 14 amniocentesis lo que supone un 1,7% de los cribados realizados. En 2017 se realizaron 16 procedimientos invasivos (1,9%) la implementación del DNA fetal ha permitido ofrecer un cribado de calidad y seguro a las mujeres y evitar pruebas invasivas que implicaban una mortalidad fetal del 2% .

Con la introducción de la ADN fetal se sigue manteniendo una tasa tasa muy baja de amniocentesis,1,32% de los cribados y con la realización de las biopsias coriales en el hospital de referencia se consigue un diagnostico precoz de las aneuploidias .

En el año 2017 se ha realizado una amniocentesis por ausencia de cribado y edad materna, según el protocolo de detección de aneuploidias .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

*** ===== Resumen del proyecto 2016/922 ===== ***

Nº de registro: 0922

Título
SEGUNDO AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

Autores:
MADUTA TUDOR, NOGUES TOMAS FRANCISCO JAVIER, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, MIGDAN CARMEN MIHAELA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, TAPIA LANUZA AMADO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Con la incorporación de nuevos supuestos para la realización del DPNI se revisó el anterior protocolo de cromosopatías del Hospital de Barbastro y desde enero 2016 se ofrece el DPNI a las pacientes con riesgo de 1/51 hasta 1/1000 en el resultado del cribado combinado.
Se ha realizado el folleto de información a las pacientes para todo Aragón (en anexo 1).
Los resultados preliminares fueron publicados en la Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología (anexo 2).
Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v80n3/art06.pdf>

En junio 2015 se presentaron los resultados hasta la fecha en el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia en Bilbao en forma de poster.
En julio de 2015 se incorporaron los resultados del cribado combinado y el DPNI a la Intranet del sector. Está previsto realizar el riesgo en la segunda visita de embarazo por parte del mismo ginecólogo con el fin de informar lo antes posible a las pacientes y evitar una visita de control de embarazo.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO
Número de cribados combinados positivos: se han realizado hasta la fecha 775 cribados de primer trimestre, 42 han resultado positivos (5,9%).
Tasa de detección de cromosopatías: 100% hasta la fecha.
Número de estudios de ADN fetal realizados: 40 desde marzo, todos ellos negativos.
• NIPTs Marzo a Diciembre: 40
• Indicadas por cribado 36, realizadas 35
• 4.6 % del total de 775 cribados
• Todas de bajo riesgo.
Tasa de falsos positivos del estudio de ADN fetal: 0 hasta la fecha.
Número de amniocentesis: 13 hasta la fecha.
• 15 indicadas por cribado: realizadas 12, 2 indicadas antes de iniciar NIPTs)
• 1.9 % del total de 775 cribados
• 2 amniocentesis : T21
• 1 amniocentesis : T 18

En el año 2015 sólo se ha realizado una amniocentesis por edad materna.

De las cinco amniocentesis realizadas por translucencia nucal aumentada (todas ellas con screening de alto riesgo), una fue trisomía 21, lo que supone el 50% de las cromosopatías graves diagnosticadas. La otra cromosopatía grave se diagnosticó por el screening bioquímico de primer trimestre, aunque la TN a las 13s estaba cerca del P90 y no se había realizado ecografía a las 11-12s.

Amniocentesis por ansiedad materna= 0

Screening de primer trimestre (+) > 1/300= 15, dos de ellas se pierden en el seguimiento.
Total de cribados realizados= 775

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0922

1. TÍTULO

TERCER AÑO DE DIAGNOSTICO PRENATAL NO INVASIVO EN EL SECTOR BARBASTRO

-De primer trimestre= 734, de ellos 45(+)
-De segundo trimestre= 41, de ellos 4 (+) y NIPT los 4.
Estudio de ADN fetal en sangre materna= 40, indicados por el cribado 36.
NIPT (+)= 0
FN del NIPT=0 (a fecha de hoy)

RESULTADOS ESPERADOS

- Poner en marcha un Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que conllevara la extensión del DPNI a toda la Comunidad Autónoma.
- No realizar pruebas invasivas por ansiedad materna.
- No realizar pruebas invasivas por edad materna.
- Disminuir pruebas invasivas (amniocentesis).
- Introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP del cribado combinado.

MÉTODO

En 2015 se llevaron a cabo dos reuniones en el Hospital Miguel Servet con representantes de todos los hospitales de Aragón, en mayo y octubre. En estas reuniones se terminó de perfilar el Protocolo Regional de Diagnóstico Prenatal que se presentó al SALUD en mayo de 2016 para comenzar a ponerlo en práctica en a lo largo de este año.amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

INDICADORES

- Número de cribados combinados positivos.
- Tasa de detección de cromosomopatías.
- Número de estudios de ADN fetal realizados (NIPT).
- Número de Amniocentesis realizadas.

DURACIÓN

Marzo 2015. Presentación del Protocolo.
Desde Marzo a Diciembre recogida de datos con colaboracion del Servicio de Analisis Clinicos.
Noviembre 2016 Evaluación del Proyecto

OBSERVACIONES

La introducción del NIPT en el cribado de síndrome de Down en el Hospital de Barbastro en marzo 2015 ha disminuido el número de amniocentesis de forma drástica hasta un 45% con respecto al año 2014, de manera que sólo un 2.4% de nuestros partos han sido sometidos a esta prueba invasiva.
Desde la introducción del screening bioquímico de primer trimestre de forma universal y la erradicación de los criterios "ansiedad" y "edad materna" para indicación de amniocentesis, el número de amniocentesis fue disminuyendo progresivamente. Puesto que la indicación más frecuente de amniocentesis es el cribado bioquímico (+), la introducción del NIPT como estrategia para disminuir la tasa de FP de éste, ha ayudado a acercar la amniocentesis a convertirse en una prueba de casi diagnóstico, y no de screening como se usaba en los tiempos de las 200 amnios al año.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE SARA DEFIOR SANTAMARIA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORT BUIL MARIA CARMEN
MATUTE REDRADO MARIA JOSE
HUERVA PLANA MARIA ASUNCION
LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA
FENES GRASA MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En Abril se realizó una reunión multidisciplinar de los componentes del equipo de mejora para elaborar la hoja del plan de cuidados del parto vaginal, siguiendo las pautas de la vía clínica del parto vaginal.
Una vez elaborada y consensuada se presentó a la Subcomisión de Protocolos de Enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas para su aprobación.

Tras la aprobación se reunió a todo el equipo de enfermería de la unidad para presentar el plan, explicarlo, conocer las novedades y su puesta en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la revisión semanal de las historias clínicas de las pacientes con parto vaginal se observó que:
- El plan de cuidados del parto está incluido en el 100% de las historias de las pacientes con parto vaginal.
-Que la cumplimentación correcta de los ítems se ha logrado en el 90% de las pacientes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El personal de nueva incorporación manifiesta que la herramienta le resulta útil y le facilita el trabajo, entendiendo mejor los cuidados necesarios en este tipo de pacientes.
Al personal habitual del servicio le resulta útil, clara, y rápida; mejorando y facilitando la calidad de los cuidados y su registro.
Nos planteamos como objetivo lograr el 100% de la correcta cumplimentación de los ítems.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/107 ===== ***

Nº de registro: 0107

Título
CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNOINFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTFORT BUIL MARIA DEL CARMEN, MATUTE REDRADO MARIA JOSE, HUERVA PLANA MARIA ASUNCION, LUMBIERRES SUBIAS CONCEPCION, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA, FENES GRASA MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

PROBLEMA

Este servicio dispone desde hace unos años de vías clínicas tanto del parto normal como de Cesárea consensuados entre todo el equipo multidisciplinar que se dedica a la atención de estas pacientes, también fue instaurado con éxito el plan de cuidados de enfermería en las cesáreas, quedando pendiente de realizar el del "parto normal", al que denominaremos a partir de ahora parto vaginal tanto en vía clínica como en el plan de cuidados, por ser más correcto para el uso actual, ya que incluye partos no instrumentados e instrumentados, tipo Kiwi, fórceps, ventosas... Hemos creído necesaria la realización del plan de cuidados del parto vaginal ya que facilita el trabajo del personal de la unidad, tanto del fijo como el de nueva incorporación, y estandariza los cuidados a realizar de forma consensuada entre todo el equipo multidisciplinar. Supone una herramienta de trabajo muy útil, clara y beneficiosa tanto para pacientes como para el personal implicado.

RESULTADOS ESPERADOS

- Crear el grupo de trabajo.
- Consensuar y aprobar el grupo de trabajo.
- Formación entre los trabajadores de la planta.
- Puesta en marcha del plan de cuidados en el servicio de maternoinfantil en el 100% de los partos vaginales
- Proporcionar cuidados adecuados, estandarizados y de calidad
- Servir de guía al personal de nueva incorporación

MÉTODO

- Propuesta de modificación de la vía clínica del parto normal, denominándola parto vaginal.
- Realización del plan de cuidados basándonos en la vía clínica del parto normal y en los diagnósticos según taxonomía NANDA
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio en sesión clínica.
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Puesta en marcha del plan de cuidados. Implementación progresiva.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles)
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones y puesta en marcha de nuevas acciones de mejora.
- Presentación de resultados.

INDICADORES

- Plan de cuidados realizado (SI/NO).
- Revisión semanal de la cumplimentación correcta del plan de cuidados de todas las puérperas de parto vaginal (% de registros cumplimentados correctamente). Fuente: La hoja realizada al respecto que se incluirá en la historia clínica. Objetivo: >75%.
- La hoja estará incluida en el 100% de las pacientes de parto vaginal, identificada con etiqueta de paciente y número de historia clínica.
- Habrá un periodo transitorio de adaptación de 6 meses en que se considerará aceptable la cumplimentación de un 75% de los ítems. A partir de esos 6 meses se considerarán aceptables las que cumplimenten el 100% de los ítems que incluye el plan.

DURACIÓN

- Realización del plan de cuidados: duración: 2 semanas (Abril) Responsables: Los miembros del proyecto
- Presentación del plan de cuidados a la Subcomisión de protocolos de enfermería y a la Comisión de Historias Clínicas.
- Presentación de la hoja del plan a todo el personal del servicio: duración: 1 día . Responsables: miembros del proyecto.
- Puesta en marcha del plan de cuidados: duración: 9 meses.(Abril-Diciembre)) Responsables: todo el personal de enfermería del servicio de maternoinfantil.
- Control semanal del seguimiento y cumplimentación del plan. (Los miércoles). Duración: 6 meses, Responsables: miembros del proyecto.
- Reunión del equipo a los tres meses de la puesta en marcha del plan: valoración del plan, puesta en común incidencias, aportaciones y modificaciones. Duración: 1 día . Responsables: los miembros del proyecto y todo el equipo de enfermería de la unidad de materno-infantil.
- Nuevas acciones de mejora.

La duración total será de 9 meses y medio tras los cuales se valorará instauración definitiva tal cual se realizó o con las modificaciones aprobadas en la reunión . La fecha de inicio: el 15 de marzo y la fecha de fin el 31 de diciembre de 2018 .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0107

1. TÍTULO

CREACION E INSTAURACION DEL PLAN DE CUIDADOS DEL PARTO VAGINAL EN LA UNIDAD DE MATERNO INFANTIL DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Fecha de entrada: 03/02/2019

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
• Profesión MEDICO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
CASTELLA SEGARRA MARTA
MARTI GAMBOA SABINA
MONFORT BULL MARIA CARMEN
LANAU LACORT ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología durante el 2018, recogiendo los datos de las variables más importantes (vía, indicación, complicaciones, estancia hospitalaria y reingresos). Posteriormente se ha comparado con los resultados de los dos años previos. Recogida de datos obtenidos de la Historia Clínica (física y complementando con información del Intranet) de todas las pacientes en un periodo comprendido entre el 1 enero 2018 al 31 diciembre 2018. Se comparan con datos de años anteriores (2016 y 2017). Discusión y presentación del proyecto en servicio. A mitad del proyecto se revisan los datos (mayo 2018). Evaluación y presentación en sesión clínica de los resultados obtenidos durante el proyecto (enero 2019).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2018. Se realizaron 75 histerectomías, de las cuales se excluye a una paciente por ser una histerectomía no programada, fue realizada de urgencias por sangrado menstrual abundante con anemia grave. Por lo tanto, el análisis se hace con un total de 74 histerectomías. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97%, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y el 22.97% por vía laparoscopia (incluyendo vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia completa). Las indicaciones más frecuentes para realizar la histerectomía por vía abdominal fueron: Útero Polimiotomatoso (64.71%), CIN 3 persistente (11.76%) y adenocarcinoma de endometrio (11.76%). En el caso de la Laparoscopia: Prolapso Genital (43.48%), Hiperplasia endometrial (17.39%) y Útero Polimiotomatoso (13.04%) y CIN 3 persistente (13.04%). La edad media de las pacientes fue de 57 años, en el caso de la histerectomía abdominal fue de 51 años, en la vaginal de 69 años y en laparoscopia 60 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%). La complicación más frecuente fue la anemia correspondiendo un 17,57% de las histerectomías, en las abdominales (17,65%), en las vaginales (5,88%) y en laparoscopias (26,09%). Sin embargo, solamente una paciente ha necesitado transfusión de concentrado de hematíes (1,35%), precisando la transfusión en una cirugía vía abdominal (2,50%). El tratamiento más utilizado para las anemias moderadas-graves fue hierro intravenoso en 12,16%. En media tras la cirugía se disminuía 2.05 gr/dl de hemoglobina. La segunda complicación más frecuente fue la fiebre que se observó en 12.16% (23.53% abdominales, 5.88% vaginales y 4.35% laparoscopia). El índice de masa corporal (IMC) medio de las pacientes fue de 27,71. El 33.78% (25 pacientes Normopeso) con tasa complicaciones 28%, el 36.48 % (27 pacientes Sobrepeso) se complicaron en un 29.62% (8 pacientes). Y el 29.72% (22 pacientes Obesas), con IMC >30, las cuales se complicaron en un 40.90% (9 pacientes). Se demuestra que las mujeres obesas tienen mayor número de complicaciones comparado con mujeres peso normal-sobrepeso. La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días, 5.1 días para la histerectomía abdominal, de 4.1 días para la vaginal y de 4.38 días para la laparoscópica. De las variables estudiadas, la vía vaginal en comparación con vía abdominal es mejor, con menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebres y otras complicaciones) y menor estancia hospitalaria, por lo que es la más indicada en casos de prolapso genital. Por protocolo del servicio de Ginecología Obstetricia, el 100% de las pacientes recibieron profilaxis antibiótica. Debieron reingresar al hospital 4 pacientes, un 5.41% del total de operadas. La mitad de los reingresos fueron por fiebre, otros por hematoma pared y dolor abdominal. El porcentaje de reintervenciones fue del 5.41%, se debieron reintervenir a 4 pacientes, en dos casos por oclusión-suboclusión intestinal, en una paciente por hemoperitoneo y en un caso por lesión ureteral, entró en la cirugía a cargo del servicio de urología para reimplante ureteral derecho más colocación de Catéter Doble J. En un análisis comparativo de las histerectomías realizadas en 2016, 2017 y 2018. Las complicaciones se han mantenido estables (42.7%, 31.90% y 32.43% respectivamente) sin embargo, la complicación más frecuente que ha sido la anemia ha disminuido significativamente, fue de 23.72% en 2016, 36.14% en 2017 y 17.57% en 2018. Esto puede atribuirse a una mejor preparación prequirúrgica de las pacientes, correcta indicación y/o tratamientos previos. En algunos casos fue necesario aplazar la cirugía hasta corregir anemia previa a cirugía.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el 2018 se realizaron 74 histerectomías programadas de las cuales tuvieron alguna complicación 24 (32.43%). La complicación más frecuente fue la anemia (17.57%). La segunda complicación más frecuente fue la fiebre en 12.16% y la tercera el seroma/hematoma subcutáneo 5.41%.

El porcentaje de complicaciones de las histerectomías dependiendo de la vía fueron: abdominal (35.29%) versus vaginal (17.65%) y laparoscópica (39.13%). Concluimos que la vía vaginal aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación más rápida.

Durante 2018 se realizaron más histerectomías por vía laparoscópica (17 casos), comparado con el 2017 que solo se hicieron 5 casos por esta vía. Sin embargo, de las histerectomías abdominales 6 casos, fueron inicialmente laparoscópica que se convirtieron en abierta por alguna complicación intraoperatoria: 3 pacientes (50%) por Sangrado, 2 pacientes (33.3%) por mala tolerancia al Pnevmooperitoneo y una paciente (16.6%) Movilizador intraligamentario. Por lo tanto, tenemos un 26% de conversión abierta.

ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Realizar analítica preoperatoria en el momento de la inclusión en LEQ a todas las pacientes.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Tratamiento con análogos GN-Rh, anticonceptivos o gestágenos para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Actualización de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados pre y postoperatorios.
- Ingresar a la paciente el día de la intervención.
- Hacer la vía clínica el día de la revisión de los quirófanos.
- Realizar el sondaje vesical en el quirófano.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Revisar minuciosamente las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta.
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica. Unificación en el manejo en caso de complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

Para valorar la anemia por protocolo en la vía clínica se solicitaba un hemograma al día siguiente de la intervención. Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado los valores propuesto por la OMS de anemias moderadas-graves (una Hemoglobina <10mg/dl), solo en un caso se realizó transfusión sanguínea. Hay que disminuir la estancia media, potenciar la cirugía laparoscópica, adecuar las indicaciones y propugnar altas más precoces.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/324 ===== ***

Nº de registro: 0324

Título
PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Autores:
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, GUARDIA DODORICO LORENA, MIGDAN CARMEN MIHAELA, GASCON MAS ELENA, MADUTA TUDOR, FRANCO SERRANO CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: CME BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0324

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA VALORAR LAS INDICACIONES QUIRURGICAS EN CIRUGIA GINECOLOGICA, DISMINUIR LAS COMPLICACIONES Y LA ESTANCIA MEDIA

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La histerectomía es la operación más frecuentemente realizada en ginecología. Y en el Hospital de Barbastro en la especialidad de ginecología y obstetricia tras la cesárea es el segundo procedimiento quirúrgico mayor más común. Las indicaciones más comunes son patología benigna como leiomiomas y/o prolapso genital. En nuestro hospital esta cirugía puede ser realizada por vía abdominal, vaginal, vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia pura. Por ello, es muy importante, encaminar todos los esfuerzos para mejorar la atención de estas pacientes, en cuanto una buena preparación preoperatoria, una cuidadosa técnica quirúrgica, correcto juicio intraoperatorio y el atento seguimiento post operatorio, para con ello disminuir en lo posible las complicaciones, para el máximo beneficio de las pacientes e indirectamente disminución de los costes hospitalarios. Las histerectomías realizadas en 2017 fueron 83, Se detectó que el 31.9% de la cirugía programada se complicaban.

RESULTADOS ESPERADOS

Mejorar la calidad de vida de las pacientes operadas de Histerectomía durante 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Disminuir el número total de complicaciones.
- Disminuir las complicaciones por sangrado.
- Disminuir la estancia media.
- Disminuir el número de reingresos.
- Disminuir la variabilidad clínica.
- Mejorar el control preoperatorio de las variables clínicas.

MÉTODO

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios.
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas (edad, indicación y complicaciones).
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES

Numero de pacientes operadas, indicación, tipo de cirugía, complicaciones, uso de hierro endovenoso, transfusiones sanguíneas, días de hospitalización y complicaciones.

DURACIÓN

Recogida de datos: Enero 2018 a 31 diciembre 2018
Discusión y presentación del proyecto en reunión de Servicio.
Renunir los componentes del equipo para valorar seguimiento del proyecto (Agosto -Diciembre-Abril 2019)
Evaluación en mayo 2017 y presentación de resultados en sesión clínica.
Recogida de variables durante 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 - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 15/01/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FENES GRASA MERCEDES
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
CASTELLÀ SEGARRA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción. Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción. Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla. Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel. Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año. Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción. Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 hubo 605 partos, de los cuales 180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción. La vía del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve aumento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo. La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sospecha de macrosomía (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que debería ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla sería la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorraxis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma. Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

7. OBSERVACIONES.

La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.

La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el aumento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un aumento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un aumento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:
BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32 años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstétrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Perdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir la tasa de inducciones
Estudiar los motivos de inducción.
Estabilizar la tasa de cesáreas.
Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.
Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.
Disminuir la variabilidad clínica

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos
Revisión de todas las inducciones del 2018 .
Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.
Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

INDICADORES

% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

DURACIÓN

3 años
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

OBSERVACIONES

Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE RAQUEL BERDALA CLEMENTE
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA LASHERAS ANA JULIA
GUARDIA DODORICO LORENA
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA
CASTELLA SEGARRA MARTA
FENES GRASA MERCEDES
GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION
SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado una revisión bibliográfica buscando marcadores de calidad en la indicación de la inducción. Se ha revisado el formulario de registro de inducciones que rellena el personal asistencial para el seguimiento de los datos de cada inducción. Se valoró inicialmente la creación de una base de datos específica para el proyecto pero se desestimó por tener ya una base de datos creada que se usa diariamente y se decidió revisarla exhaustivamente para poder usarla en el proyecto y mejorarla. Se ha llevado a cabo una revisión de la base de datos que se usa como libro de partos en nuestro servicio detectando errores en el registro y sobretodo lagunas en la información que han requerido la revisión de las historias en papel. Se realizó una sesión informativa en el servicio sobre el proyecto de mejora y una sesión de revisión de los datos recogidos a medio año. Se han actualizado los dosieres de protocolos del servicio para consulta en la práctica clínica habitual para mejorar su acceso y uniformar criterios en la indicación y procedimiento de inducción. Se ha consensuado en la sesión clínica la idoneidad de las inducciones programadas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En 2018 hubo 605 partos, de los cuales 180 (29%) se iniciaron mediante inducción. Ha sido similar al año 2017. Hay 23 (3%) partos en los que no se ha registrado si se iniciaron de forma espontánea o no pero en 5 de ellos si que consta un motivo de inducción. La vía del parto mayoritaria fue el parto eutócico en 107 (59%), seguido por la cesárea en 43 casos (24%), 20 ventosas (14%) y 1 fórceps y 2 espátulas (0,5 y 1,1 %). En este caso las cifras son muy similares a los partos iniciados de forma espontánea con un leve aumento de las cesáreas descrito en la literatura y esperable en los partos medicalizados. Esto indica que el método de la inducción es eficaz ya que se consiguen tasas de parto vaginal similares a los partos de inicio espontáneo. La indicación de inducción mas frecuente ha sido la hiperdatia (55 inducciones, 30,5%), seguida de rotura prematura de membranas (43 inducciones, 23,8%), RCIU y PEG (22 inducciones, 12,2%), enfermedad hipertensiva del embarazo que engloba la HTA y la preeclampsia (16 inducciones, 8%) y la diabetes gestacional (7 inducciones, 3%). Bajo el apartado de otros se han registrado 33 inducciones (18,3%) entre las que se encuentran gran variedad de indicaciones como la sospecha de macrosomía (6 inducciones), la colestasis intrahepática del embarazo (2 inducciones) o las gestaciones gemelares (2 inducciones). Pero de estas hay 14 inducciones en las que no se especifica la indicación mas allá de otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La mayor parte de las inducciones han sido indicadas por hiperdatia. No tenemos valores de referencia del porcentaje que debería ser pero si sabemos que la indicación en estos casos es la correcta según el protocolo del servicio. Una de las formas de optimizar esta indicación es la datación correcta de la gestación en el 1º trimestre, cosa que se realiza por protocolo desde 2018. La segunda indicación mas frecuente es la rotura prematura de membranas. En este caso tampoco hay dudas en la idoneidad de la indicación y la única forma de optimizarla sería la revisión del tiempo que se tarda en iniciar la medicación des de la amniorraxis, si 12 o 18h. Bajo la indicación de "otros" se engloba una gran cantidad de indicaciones, alguna con mas evidencia científica que las respalde que otras. En muchas de ellas el problema de la indicación ha sido el registro de la misma. Por lo tanto los objetivos del 2º año del proyecto serán:
- mejorar el registro de las inducciones a todos los niveles (historia clínica, libro de partos, ficha de registro)
- modificar los campos de la base de datos que se refieren a la inducción para que el registro sea mas específico y disminuya la variabilidad
- mejorar la accesibilidad de los nuevos miembros del servicio a los protocolos y facilitar el comentario de los casos en la sesión clínica

7. OBSERVACIONES.

La práctica clínica habitual debe estar marcada por los protocolos revisados en cada caso. Esos protocolos deben ser conocidos y consensuados por todo el servicio pero en nuestro caso esto muy difícil ya que durante el 1º año del proyecto mas de la mitad de los facultativos del servicio han cambiado. Esto nos lleva a una gran heterogeneidad en la indicación de las inducciones difícilmente corregible si la plantilla del servicio

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

no es estable.

La otra causa de la gran variabilidad clínica en las inducciones es el aumento de la complejidad de las pacientes que cada vez tienen mayor edad. Esto conlleva un aumento en la morbilidad acompañante en un amplísimo espectro de patologías difíciles de etiquetar en una sola indicación. También conlleva un aumento importante de la complejidad en la atención al parto que dificulta la no medicalización en muchos casos.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/333 ===== ***

Nº de registro: 0333

Título

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Autores:

BERDALA CLEMENTE RAQUEL, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, CASTELLA SEGARRA MARTA, FENES GRASA MERCEDES, GONZALEZ ANIDO MARIA ENCARNACION, SATUE SALAMERO ELOISA ELSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres

Edad: Adultos

Tipo Patología: Embarazo, parto y puerperio

Otro Tipo Patología:

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El número de partos asistidos en Barbastro en 2017 ha sido de 599. El porcentaje de madres extranjeras ha supuesto un 35,9% y la edad materna al parto es de 32 años. En un 4,67% de los partos los recién nacidos pesan menos de 2,500 gramos y un 5,67% están por encima de 4,500. La tasa de cesáreas ha sido en 2017 del 20,3%, un 3% mayor que el año anterior.

Desde 2013, observamos una tasa elevada en el número de inducciones, por encima del 15% que se recomienda por la OMS, en 2017 se han inducido el 30% de los partos. A pesar de que observamos una complejidad cada vez mayor en las mujeres que se atienden en la consulta de obstetricia, mayor edad materna, mayor número de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida y otras patologías, consideramos que la inducción al parto debe realizarse cuando esté indicada y los beneficios materno-fetales, superen el riesgo de un parto medicalizado. Está descrito que la inducción favorece el incremento de la tasa de cesáreas y complicaciones maternas, como la Hemorragia Obstétrica Aguda, así como el incremento de Riesgo de Pérdida de Bienestar fetal en los recién nacidos.

RESULTADOS ESPERADOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad de vida de las mujeres asistidas en el parto y Disminuir el intervencionismo en el parto normal.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

Disminuir la tasa de inducciones

Estudiar los motivos de inducción.

Estabilizar la tasa de cesáreas.

Evitar complicaciones materno-fetales por medicalización innecesaria.

Estudiar el porcentaje de cesáreas en los partos inducidos.

Disminuir la variabilidad clínica

MÉTODO

Creación de grupo de trabajo matronas- Ginecólogos

Revisión de todas las inducciones del 2018 .

Revisión en sesión clínica semanal del servicio de las indicaciones de los partos inducidos y resultado perinatal.

Recogida de variables (edad, edad gestacional, paridad, curso gestacional, motivo de la inducción, tipo de parto, PH RN, Hb materna post parto, Método de inducción, Mortalidad perinatal en partos inducidos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0333

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA DISMINUIR LA TASA DE INDUCCION AL PARTO

Presentación de los casos susceptibles de inducción en Sesión clínica
Seguimiento estricto de los Protocolos de la SEGO y del Servicio.
Propugnar el alumbramiento dirigido en el 100% de los partos inducidos.

INDICADORES

% de inducciones en 2018.
% de inducciones evitables.
% de cesáreas en partos inducidos.
% de cesáreas en el Servicio.
Edad materna de los partos inducidos
% de recién nacidos con PH menor de 7,20.
% de mujeres con alumbramiento dirigido en los partos normales y en los inducidos

DURACIÓN

3 años
Abril 2018. Presentar el Proyecto en el Servicio y formar grupo de trabajo
Diseñar hoja para recogida de variables.
Junio 2018 evaluación de los resultados y sesión clínica con los mismos.
Diciembre 2018 resumen de la actividad anual y presentación de los datos a los facultativos del Servicio.

OBSERVACIONES

Consideramos necesario conocer las causas más frecuentes de inducción y valorarlas en el contexto de la población asistida, para proponer medidas correctoras que nos ayuden a disminuir la medicación del parto normal.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA ANGELES ARAGON SANZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLANES GALLINAT PATRICIA
ONCINS TORRES ROSA
JUAREZ CASTELLO PILAR
ALONSO BERGES RAQUEL
SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA
ARAN GIMENEZ PILAR
MARTIN HERRERO JAVIER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de quipo de trabajo con anatomo patóloga, ginecóloga, matronas y enfermeras de los Centros de Salud de Mequinzenza, Ainsa y Castejon de Sos

Recogida de variables por Anatomía Patológica.

Presentación del Proyecto en el Servicio de Ginecología.

Presentación del Proyecto en dos Zonas Básicas de salud. Sesión conjunta con el equipo de Atención Primaria en el Centro de Salud de Castejón de Sos el día 4-06-2018 y en el Centro de Salud de Ainsa el día 4-06-2018 y en Centro Salud de Mequinzenza. Se informó de la situación del cribado en el Sector, epidemiología del VPH y Prevención del cáncer de cuello de útero.

Se ofertaron autotomas para que las pacientes que viven en localidades pequeñas no tuvieran que desplazarse a la consulta de la matrona para realizarse el cribado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS 2018

En 2018, se ha mantenido una cobertura de Sector del 74,9%, similar al 2017 que fue de 74,6%.

En las Zonas Básicas de Salud en las que se realizaron las acciones de mejora se ha tenido una cobertura del 72,26% en Mequinzenza ; 73% en Graus; 75,8% en Castejón de Sos y 81,76% en Ainsa . El incremento ha leve respecto al año anterior

Numero de pruebas de cribado realizadas entre citologías y test VPH 4.493 (1.850 citologías y 3.666) el 82% realizados en A Primaria

Numero de atipias: ASC-US un 25,14%, LSIL 9,5%; HSIL 1,6%

Sensibilidad de la citología 86,21%. 4 casos falsos positivos.

Numero CIN2+ 45 y en 2018 2 carcinoma invasor.

La Edad media de las mujeres conizadas ha sido de 40,8 años. 12 casos diagnosticados por HPV persistente con citología benigna. Casos con genotipo 16 48,9%.

Autotoma: en 2018.

A) Estudio de autotoma de 2018:

a. Recogidos 34 casos, todos negativos, ningún caso ha sido CIN2 ó más.

b. Proceden: 27 CAP de Fraga, remitidos por la enfermera de Fayon; 3 de Cta Gine Fraga, 1 cta Gine hospital, 1 CAP Graus, 1 CAP Barbastro, 1 A Patológica.

B) Total de autotomas desde 2015 (incluido): 51 mas las 34 de 2018 suman unas 85

a. 2015: 15 casos, 1 pos otros con cito HSIL (conocido previamente). Proceden 10 de CAP Fraga, 6 de Gine.

b. 2016: 19 casos, 5 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga (1 positivo) y 4 de Ginecología (4 positivos).

c. 2017: 17 casos, 0 positivos. Proceden 12 de CAP Fraga, 2 CAP Barbastro, 1 Gine hospital, 1 Gine Monzón, 1 CAP Albalate.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES.

El cribado de cáncer de cuello de útero en el Sector Barbastro, es un una actividad preventiva, en la que se ha trabajado coordinadamente Atención Especializada y Atención Primaria desde 2006, se ha duplicado la cobertura pasando de un 37,6% a un 74,9%.

En 2018, tercer año de cribado solo con VPH y utilizando como prueba de triaje la citología y genotipado del VPH 16/18, se han diagnosticado 42 lesiones CIN2+, 8 menos que en 2017 con una cobertura similar.

Desde el inicio del cribado con VPH en 2011, el número de diagnósticos de lesiones CIN2+, se incrementaba anualmente acorde al incremento de cobertura. En 2018 es el primer año que baja la detección de lesiones, esto puede deberse a que estamos en el tercer año de la segunda ronda de cribado con VPH. Llevamos 8 años cribando con test VPH.

De las 83 autotomas distribuidas prácticamente todas han sido en Fraga, lugar donde trabajan las coordinadoras del equipo. No se pueden inferir resultados dado la escasez de la muestra.

La autotoma en nuestro medio no ha sido bien aceptada en algunas de las zonas alejadas del hospital a las que propusimos el proyecto.

Solo se ha facilitado una autotoma en Graus, desconocemos si es por reticencia de las pacientes o por falta

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

de oferta e implicación de los profesionales.

Sin embargo en Payon (Centro Salud de Mequinenza), la enfermera responsable del Proyecto, revisó todas las mujeres que no tenían cribado y se remitieron 27 autotomas, además de informar a las mujeres de la necesidad de acudir a la consulta de la matrona a esta actividad preventiva, esto ha permitido pasar en esta localidad de una cobertura del 75% a un 87%, al ser una localidad pequeña, el incremento de cobertura total reflejado en la Zona básica de Salud, ha sido mínimo, pero nos parece interesante y es el objetivo de nuestro trabajo que las mujeres de zonas rurales tengan fácil el acceso al cribado de cáncer de cuello y es la implicación de enfermería la que nos puede ayudar a conseguir este objetivo.

RECOMENDACIONES

Disponemos de dos armas importantes para frenar el cáncer de cuello de útero, la vacunación con amplia cobertura y el cribado poblacional bien instaurado.

La mejora en el cribado de cáncer de cuello en el Sector Barbastro es el resultado del trabajo en equipo y coordinación con Atención Primaria, que es la que realiza el 80% de las pruebas. El cribado realizado por matronas de Atención Primaria es más eficiente, equitativo y barato que el cribado oportunista realizado por ginecólogos. Es necesario revisar y monitorizar los resultados para proponer mejoras.

Hay que seguir informando y formando a los profesionales implicados en el cribado y en especial a las matronas de Atención Primaria que son las responsables de atender y captar al mayor número de población.

Hay que conseguir la implicación de los profesionales de enfermería para potenciar el cribado y en lugares alejados del hospital facilitar lo mediante la autotoma para favorecer la equidad y evitar desplazamientos innecesarios.

En el año 2019, dado que la Zona Básica de Salud con menor cobertura en el sector es BInefar, seguiremos con el Proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/370 ===== ***

Nº de registro: 0370

Título
IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE HPV PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

Autores:
ARAGON SANZ MARIA ANGELES, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ONCINS TORRES ROSA, JUAREZ CASTELLO PILAR, ALONSO BERGES RAQUEL, SANCHEZ ADRIAN ANA MARIA, ARAN GIMENEZ PILAR, MARTIN HERRERO JAVIER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

A nivel mundial el Cáncer de cuello uterino es un de las neoplasias más frecuentes y letales. En España en 2012 se estimaron 2.511 nuevos casos y 848 muertes. Es el quinto tumor más prevalente en mujeres. La incidencia del CCU en Europa es variable y está relacionada con la implantación de programas de cribado. Rumania tiene la tasa más alta 23,9/100.000 y Finlandia con 4,1/100.000 de las más bajas.

En España la incidencia de CCU se encuentra por debajo de la media de la UE, con cifras similares al Reino Unido y Suecia. En 2012 la tasa fue de 7,8/100.000 y la distribución es diferente según autonomías, siendo la más alta Mallorca con 12/100.000. Se observa un pico de incidencia entorno a los 50 años y un incremento de la mortalidad en función de la edad.

Aragón es de las Comunidades que presentan menor incidencia 5,5/100.000.

Barbastro tiene una tasa de CCU Invasor en los 7 últimos años de 6,5/100.000.

La OMS afirma que la vacunación con alta cobertura y un cribado poblacional con cobertura mayor del 70%, es

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

la estrategia más eficiente para la prevención del CCU.

La infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye un factor necesario para el desarrollo el CCU. La prevalencia de la infección por el VPH es variable según la edad de las mujeres siendo de un 35% en las menores de 35 años y de un 10% en las mayores de 30. En el Sector Barbastro tenemos una prevalencia del 9% en mayores de 30 años.

Está demostrado que el cribado oportunista es ineficiente y no disminuye la mortalidad por CCU. La OMS y Sociedades científicas europeas y la SEGO recomiendan establecer Programas de cribado poblacionales como única forma de disminuir el CCU.

En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Se han desarrollado Proyectos de Mejora de Calidad, formado grupos de trabajo, actualizado y unificado Protocolos y se realiza cribado con el test DNA del VPV en ambos niveles Asistenciales, para ofrecer las mismas oportunidades a todas las mujeres, independientemente del lugar donde residan.

Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA del VPH en Atención Primaria.

Durante estos 12 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. Los especialistas en el Sector Barbastro, no hacemos cribado y eso ha permitido que hayamos podido asumir la carga de trabajo originada por el aumento de lesiones derivadas del cribado, incluso en situaciones de falta de personal como es habitual en este Sector.

En 2016 llegamos a una cobertura poblacional del 73,9% en cifras recomendadas por la OMS.

Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos.

Se ha publicado que el test de cribado más eficaz y seguro es la determinación del VPH y existe evidencia de que la autotoma, es tan eficaz para la detección del VPH de alto riesgo como la toma realizada por los profesionales.

En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP.

En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres, en especial en zonas alejadas de los centros de salud y del hospital y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de las mujeres rurales al cribado y potenciar la captación y cobertura poblacional.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la cobertura en zonas rurales.

Implicación de enfermería en la captación de la población diana.

Evitar desplazamientos a las mujeres de zonas alejadas del Centro de Salud.

Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.

Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

MÉTODO

Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería.

Información sobre cribado y el método de autotoma en los Centros de Salud.

Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.

Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.

Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.

Control de calidad por Anatomía Patológica.

INDICADORES

Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo

Número de test de autotomas realizados

% de tests positivos en las autotomas

Número de CIN 3 diagnosticados.

Numero de Ca invasores diagnosticados.

DURACIÓN

Mayo 2018 Formación grupo de trabajo.

Sesiones en Centros de salud (Mequinzena, Ainsa, Lafortunada, Castejon de Sos)

Charlas formativas a las mujeres en las mismas localidades.

En Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

A pesar de las mejoras en el cribado realizado en el Sector Barbastro, seguimos diagnosticando un 8% de canceres invasores. También observamos que en estos tumores, un 38,4% los vemos en mujeres extranjeras y no cribadas.

Consideramos necesario seguir facilitando métodos seguros y accesibles de cribado a todas las mujeres del Sector, pero en especial a las mas alejadas del hospital.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0370

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA DE VPH PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL CRIBADO DE CCU DE LAS MUJERES RESIDENTES EN ZONAS RURALES

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE JESSICA VALERIA HERNANDEZ PIMENTA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GUARDIA DODORICO LORENA
CASTELLA SEGARRA MARTA
BERDALA CLEMENTE RAQUEL
PALLARES ARNAL VICTORIA
MARTI GAMBOA SABINA
BRETON HERNANDEZ PATRICIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el servicio de ginecología durante el 2019, recogiendo los datos de las variables más importantes (vía, indicación, complicaciones, estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones). Posteriormente se ha comparado los resultados con los 3 años previos. A partir del 2019 el servicio de Ginecología ha empezado con el uso de la Historia Clínica Electrónica, por lo que la información se ha recopilado principalmente por este medio y sólo en algunos casos con la historia física. Se ha obtenido los datos de todas las pacientes histerectomizadas en el periodo comprendido entre el 1 enero 2019 al 31 diciembre 2019. Se analizaron los datos y posteriormente se compararon con datos de años anteriores (2016, 2017 y 2018). Consecutivamente los resultados se comentarán en sesión clínica con los ginecólogos del servicio (febrero 2020).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se analizaron todas las histerectomías realizadas en el Servicio de Ginecología en 2019. Se realizaron 67 histerectomías, de las cuales se excluyeron a dos pacientes con histerectomías realizadas de manera urgente, una por hemorragia postparto tardía sin corrección tras colocación de balón de Bakri y otra por sangrado menstrual abundante, con anemia sintomática sin mejoría con tratamiento médico. Por lo tanto, el análisis se hizo con las 65 histerectomías programadas.

La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97%, siendo siempre de elección en los prolapsos genitales. Y el 31.08% por vía laparoscopia (incluyendo vaginal asistida por laparoscopia y laparoscopia completa). Las indicaciones para realizar una histerectomía fueron: Útero Polimiotomatoso/Sangrado menstrual abundante (43.08%), Prolapso genital (41.54%), Hiperplasia endometrial (12.31%), donde se incluyó un Síndrome de Lynch y la menos frecuente fue por patología cervical/vaginal con CIN 3/HSIL persistente (3.08%). Durante el 2019, en nuestro hospital no se realizó histerectomías por cáncer ginecológico, debido a que se ha derivado en todos los casos al hospital de referencia (Hospital Universitario Miguel Servet). En los casos de patología anexial benigna, para poder realizar la anexectomía correctamente, se excluyó la vía vaginal. La edad media de las pacientes fue de 55 años, en el caso de la histerectomía abdominal fue de 45 años, en la vaginal de 67 años y en laparoscopia 58 años. El porcentaje de complicaciones generales fueron del 27.69%, la vía laparoscópica a diferencia de años previos fue la que menos complicaciones tuvo (11.11%), las vaginales (31.82%) y la cirugía abdominal (34.78%). La complicación más frecuente fue la anemia correspondiendo un 10.44% de las histerectomías, en las abdominales (17,39%), en laparoscopias (11.11%) y en las vaginales (9.09%). Sin embargo, solamente se ha transfundido sangre a 4 paciente (6.15%) y la administración de hierro intravenoso a 6 pacientes (9.2%). Tras una histerectomía se disminuye en media 1.85 gr/dl de hemoglobina. La segunda complicación más frecuente fueron una compilación de diversas patologías en un 6.15% (lesión vesical, ángor hemodinámico, retención urinaria aguda, dolor abdominal, dehiscencia de cúpula, cefalea postpunción y presincoopes vasovagales), la infección de orina ocurrió en 4.5% y la fiebre que se observó en 2.9%. La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 3.9 días, 4.6 días para la histerectomía abdominal, de 3.6 días para la vaginal y de 3.5 días para la laparoscópica. De las variables estudiadas, la vía laparoscópica en comparación con vía abdominal ha obtenido durante 2019 el menor porcentaje de complicaciones generales (menos anemia por lo tanto menor porcentaje de transfusiones e hierro endovenoso, menos fiebre y otras complicaciones) y menor estancia hospitalaria. Debieron reingresar al hospital 2 pacientes, un 3.07% del total de operadas. Un caso de lesión vesical y otra por sangrado/absceso pélvico. El porcentaje de reintervenciones fue del 4.6%, se debieron re-operar a 3 pacientes principalmente tras un proceso hemorrágico (sangrado/absceso pélvico, hemoperitoneo, hematoma de cúpula y pared abdominal). En un análisis comparativo de las histerectomías realizadas en 2016, 2017, 2018 y 2019. Las complicaciones fueron de 42.7%, 31.90%, 32.43% y 27,69% respectivamente, por lo tanto, se puede decir que el 2019 fue el año con menos complicaciones generales en 4 años y menor porcentaje de anemia, que ha sido siempre la complicación más frecuente. Fue de 23.72% en 2016, 36.14% en 2017, 17.57% en 2018 y 11.94% en 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En el 2019 se realizaron 65 histerectomías programadas de las cuales tuvieron alguna complicación 18 (27.69%), el porcentaje más bajo desde el 2016. Esto puede atribuirse a un equipo de ginecólogos bien conformados con criterios consistentes para la inclusión y correcta indicación de la vía quirúrgica de las pacientes para las histerectomías programadas. Además, una mejor preparación prequirúrgica y/o adecuada utilización de tratamiento médicos previos, sobre todo para prevenir la anemia previa a cirugía. La complicación más frecuente fue la anemia (11.9%). El porcentaje de complicaciones de las histerectomías dependiendo de la vía fueron: abdominal (34.78%) versus vaginal (31.82%) y laparoscópica (11.11%). Concluimos que la vía laparoscópica aporta menos complicaciones, menos días de estancia hospitalaria, menos dolor y una recuperación más rápida. Durante 2019 no hubo ningún caso de reconversión de laparoscópica a cirugía abierta. En el 2018 tuvimos una tasa de 26% de reconversión hacia abierta. Esto nos puede indicar una correcta indicación de la vía quirúrgica y una mejora en la técnica de laparoscopia, por lo que se debería seguir promoviendo esta vía, salvo que este contraindicada. Asimismo, en el 2019 fue el año con menor porcentaje de estancia media, la cual fue de 3.9 días, por lo que recomendamos no demorar las altas postquirúrgicas.

METODOS Y ACTIVIDADES PARA MEJORAR:

- Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica.
- Realizar analítica preoperatoria en el momento de la inclusión en LEQ a las pacientes con sangrado menstrual abundante.
- Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Tratamiento con análogos GN-Rh, anticonceptivos o gestágenos y acetato de ulipristal (en casos de miomas con un control estricto del perfil hepático) para intervenir en mejores condiciones.
- Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía.
- Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas.
- Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio.
- Actualización de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados pre y postoperatorios.
- Hacer la vía clínica el día de inclusión lista de espera o durante la revisión de los quirófanos.
- Realizar el sondaje vesical en el quirófano (evitar molestias a la paciente y prevenir infecciones).
- Estandarización en tratamientos de anemia postquirúrgica (Hierro intravenoso/transfusión sanguínea).
- Impulsar la histerectomía vía laparoscópica y revisar minuciosamente estos casos.
- Propugnar en la medida de lo posible altas más precoces.
- Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica. Unificación en el manejo en caso de complicaciones.

7. OBSERVACIONES.

Para valorar la anemia por protocolo en la vía clínica se solicitaba un hemograma al día siguiente de la intervención. Cabe mencionar que para definir la variable anemia, hemos utilizado los valores propuesto por la OMS de anemias moderadas-graves (una Hemoglobina <10mg/dl).

*** ===== Resumen del proyecto 2019/200 ===== ***

Nº de registro: 0200

Título
PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGIA (HISTERECTOMIAS PROGRAMAS).

Autores:
HERNANDEZ PIMENTA JESSICA VALERIA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, GUARDIA DODORICO LORENA, CASTELLA SEGARRA MARTA, MARTI GAMBOA SABINA, LATRE SASO CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0200

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA POTENCIAR LA CIRUGIA SEGURA EN GINECOLOGÍA (HISTERECTOMIAS PROGRAMADAS)

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La histerectomía, es la operación programada más realizada en el servicio de ginecología, que se utiliza en el tratamiento de diversas patologías ginecológicas tanto benignas como malignas. Esta se puede realizar por diversas vías (abdominal, vaginal o laparoscópica).

En el 2018 en el Hospital de Barbastro se realizaron 74 histerectomías programadas. La vía abdominal se utilizó en un 54.05% de los casos y la vía vaginal en un 22.97% y el 22.97% por vía laparoscopia. La edad media de las pacientes fue de 57 años. El porcentaje de complicaciones generales fue del 32,43%, la vía laparoscópica fue la que más complicaciones tuvo (39.13%), la cirugía abdominal (35.29%) y las que menos se complicaban fueron las vaginales (17.65%). La estancia hospitalaria media tras histerectomía programada fue de 4.6 días. El 5.41% reingreso/reintervención.

RESULTADOS ESPERADOS

- Potenciar la cirugía segura para disminuir las complicaciones post-histerectomías.
- Valoración exhaustiva de la paciente prequirúrgicamente (indicación, vía, analíticas y tratamientos si precisa) con el objetivo de operar a las mujeres en las mejores condiciones posibles.
- Disminuir los días de estancia hospitalaria, reingresos y reintervenciones.
- Actualización de las vías clínicas de histerectomías.
- Disminución de tasas de conversión de cirugía laparoscopia a cirugía abierta.

MÉTODO

Revisión y discusión de indicaciones quirúrgicas en sesión clínica del Servicio antes de introducirlas en lista de espera quirúrgica. Indicar tratamiento previo a la cirugía a todas las pacientes propuestas para histerectomía por sangrado menstrual abundante. Sugerir en mujeres obesas con patología no urgente pérdida de peso antes de cirugía. Revisión de los casos clínicos en los 15 días previos a la intervención para valorar las variables clínicas (hemograma, preoperatorio, etc.) y evitar suspensiones quirúrgicas. Revisión de protocolos quirúrgicos y seguimiento estricto para estandarizar la técnica quirúrgica por parte de todos los miembros del Servicio. Revisión de las vías clínicas del Servicio para estandarizar cuidados postoperatorios. Estandarización en tratamientos de anemia. Unificación en el manejo en caso de complicaciones. Recogida de datos de todas las intervenciones realizadas y las variables estudiadas. Revisar las indicaciones de histerectomía laparoscópica y/o vaginal asistida por laparoscopia para disminuir las tasas conversión a abierta. Evaluación y discusión del manejo de las complicaciones en sesión clínica.

INDICADORES

Analizar el 100% de las histerectomía programadas durante el 2019. Se obtendrán las siguientes variables: Edad, motivo de indicación, vía, IMC, Hemoglobina previa y posterior a la cirugía, días de estancia, transfusión sanguínea, hierro endovenoso, complicaciones, reingresos y reintervenciones.

DURACIÓN

El proyecto incluirá la revisión y seguimiento de todas las pacientes a las que se les ha realizado una histerectomía programada durante el periodo comprendido entre el 1 de enero al 31 de diciembre de 2019, se examinarán todas historias clínicas individualmente. En marzo-abril 2019 se actualizarán las vías clínicas de las histerectomías y se colgarán en la intranet para que el servicio este unificado. En mayo 2019 se revisan los datos obtenidos (mitad de proyecto) y se comentará en sesión de ginecología. En enero 2020 se concluirá la revisión de todos los casos y el análisis de los mismo. En enero-febrero 2020 se comunicarán los resultados en sesión 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 - 2019/0308

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA CASTELLA SEGARRA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MILLANES GALLINAT PATRICIA
ONCINS TORRES ROSA MARIA
MARTA CASANOVA CARLO BRUNO
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
GARCIA LASHERAS ANA JULIA
SANZ PUERTOLAS ITZIAR PATRICIA
IBARZ GARCIA-CONSUEGRA MARIA LUISA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería e informáticos.

Diseñar una historia de patología cervical que se pueda visualizar en todo el sector.

Potenciar consulta de alta resolución para dar resultados y seguimiento.

Información sobre cribado en el Centros de Salud de Binefar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A) Estudio de autotoma de 2019:

a. Recogidos 12 casos, 10 casos negativos, 2VPH positivos, uno positivo a 16 y otra positivo a otros. Los dos positivos citología ASCUS, Ningún HSIL.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La implantación de la autotoma en la zona sector Binéfar ha sido un fracaso por la escasa colaboración del personal sanitario implicado en la zona. Sólo se han recogido 12 autotomas. Por tanto se decide finalizar el proyecto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/308 ===== ***

Nº de registro: 0308

Título
IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR.DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

Autores:
CASTELLA SEGARRA MARTA, MILLANES GALLINAT PATRICIA, ONCINS TORRES ROSA MARIA, MARTA CARLO BRUNO, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, GARCIA LASHERAS ANA JULIA, SANZ PUERTOLAS ITZIAR PATRICIA, IBARZ GARCIA-CONSUEGRA MARIA LUISA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología: DETECCION LESIONES PRECURSORAS CCU
Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En el Sector Barbastro, trabajamos desde 2006, juntamente con Atención Primaria, para organizar y potenciar el cribado de CCU. Somos pioneros en España, (inicio en 2011) en instaurar el cribado CCU con el test del DNA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0308

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE LA AUTOTOMA VPH PARA POTENCIAR COBERTURA DE CCU EN ZBS BINEFAR. DISEÑO HISTORIA INFORMATICA PARA SEGUIMIENTO DE PATOLOGIA CERVICAL

del VPH en Atención Primaria y en 2018 ya hemos hecho el tercer año de la segunda ronda de cribado. Durante estos 13 años hemos realizado un control de calidad del cribado realizado y hemos conseguido que el 80% de las pruebas de cribado las realicen las matronas de AP, multiplicar por 6 el número de diagnósticos de lesiones precancerosas, realizando menos pruebas y aumentando cobertura poblacional. En 2018 llegamos a una cobertura poblacional del 74,9% cifras recomendadas por la OMS, pero ZBS Binefar está por debajo de la cobertura del Sector (65,1%) y en 2019, proponemos realizar actividades en este centro para mejorar cobertura. Está descrito que las mujeres de zonas rurales y mayores de 50 años acuden con menor frecuencia a los programas preventivos. En nuestra Comunidad, no existe un sistema de llamada activa de las mujeres para acudir a realizarse las pruebas de cribado, consideramos imprescindible la implicación de los médicos y enfermeras de AP. En este Proyecto, consideramos que la implementación de la autotoma por las propias mujeres y la colaboración conjunta con enfermería de AP, puede facilitar la accesibilidad de la población diana al cribado y potenciar la captación y cobertura. Análisis a los 8 años de cribado con VPH se han diagnosticado 399 lesiones CIN2+ (371 CIN 2/3 y 28 Cánceres Invasores) 46 casos de CIN 2/3 son lesiones con VPH positivo y citología negativa (falsos negativos de la citología) lo que supone que un 12,39 % de casos se han diagnosticado por la mayor sensibilidad del test VPH. Se detectaron 4 falsos negativos para VPH, 2 casos CIN2/3 y 2 Ca. Invasores (Un adenocarcinoma y un Ca. Escamoso). La sensibilidad de la citología en 2018 fue del 86,21% con 4 falsos negativos. La del test VPH del 98,7%. 12 casos se han diagnosticado por persistencia VPH y citologías negativas. La prevalencia de VPH positivos en nuestra población en mayores de 30 años es de un 9,36%. En 2017, en 2018 observamos un incremento hasta el 11.40%, esto puede ser debido a que las matronas de AP realizan controles a mujeres en seguimiento por la consulta de patología cervical. Se han realizado en los 8 años de cribado con VPH 28.387 test (3,548 anuales). En 2018 Atención Primaria realiza el 82,79% de los mismos. La población diana en nuestro Sector para cribado VPH es 24.710 mujeres. Necesitaríamos hacer 4.942 test anuales para cribar al 100% de la población,. El coste del test es de 21 Euros, ello supondría unos 103.782 € anuales.

RESULTADOS ESPERADOS

Incrementar la cobertura en ZBS Binefar.
Implicación de enfermería en la captación de la población diana.
Evitar desplazamientos a las mujeres al Centro de Salud.
Facilitar el cribado a mujeres con cargas familiares y laborales.
Potenciar el cribado en mujeres mayores de 50 años.

MÉTODO

Formación de grupo de trabajo, con ginecólogos, matronas y enfermería e informáticos.
Diseñar una historia de patología cervical que se pueda visualizar en todo el sector.
Realizar las conizaciones con colposcopia dirigida.
Potenciar consulta de alta resolución para dar resultados y seguimiento.
Información sobre cribado en el Centros de Salud de Binefar.
Charlas a las mujeres en las poblaciones del estudio sobre cribado y enseñanza de la utilización de la Autotoma.
Enfermería facilita la muestra para la detección del Test.
Recogida de muestras por las enfermeras y remisión de los datos a matronas para control de calidad.
Control de calidad por Anatomía Patológica

INDICADORES

Cobertura por del Sector y por Zonas Básicas de Salud. Cobertura por cupo
Número de test de autotomas realizados
% de tests positivos en las autotomas
Número de CIN 3 diagnosticados.
Numero de Ca invasores diagnosticados

DURACIÓN

Mayo 2019 Formación grupo de trabajo.
Diseñar la historia electrónica y recogida de datos.
Sesiones en Centro de Salud de Binefar.
Charlas formativa a las mujeres en la misma localidad.
En Noviembre evaluación del Proyecto.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1782

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION

Fecha de entrada: 14/02/2018

2. RESPONSABLE VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CHARRO CALVILLO MARA
ONCINS TORRES ROSA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
PUJALA TORRALBA MARTA
AURED DE LA SERNA ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ELABORACIÓN DE UN FLUJO BASICO DE ACTUACIÓN Y REPARTO DE TEMAS Y TAREAS ENTRE LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES ENCARGADAS.
REGISTRO DE TODOS LOS PACIENTES QUE PASAN POR EL COMITE DE TUMORES Y ESTABLECIMIENTO DE CIRCUITOS Y TIEMPOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

CADA ESPECIALIDAD ELABORARÁ SUS PROPIAS RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN EN FUNCIÓN DE GUIAS NACIONALES/ INTERNACIONALES Y SE ADECUARÁN AL FUNCIONAMIENTO DE NUESTRO HOSPITAL (PROCESO EN CURSO)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

TRABAJO DE TODAS LAS ESPECIALIDADES DE FORMA CONJUNTA EN TORNO A UN PROCESO.
ADECUACIÓN D EPROCEDIMIENTOS, CIRCUITOS Y TIEMPOS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DE ASITENCIA A LOS PACIENTES CON NEOPLASIAS DIGESTIVAS (EN CURSO)

7. OBSERVACIONES.

NINGUNA

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1782 ===== ***

Nº de registro: 1782

Título
PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DLE FLUJO DE ACTUACION

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, ONCINS TORRES ROSA, PALLARES SEGURA LUIS, PUJALA TORRALBA MARTA, AURED DE LA SERNA ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Cáncer de colon
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Necesidad de adecuar un circuito diagnóstico-terapéutico para los pacientes con neoplasias digestivas. Protocolizar la actuación d etodos los servicios implicados y agilizar el proceso

RESULTADOS ESPERADOS
crear un cicuito de diagnóstico-terapútico rápido, y generar un protocolo de actuación que asegure los precedimientos de acuerdp cn recomendaciones nacionales / internacionale sy guías clínicas

MÉTODO
Se va a generar un documento conjunto, elaborado por todos los servicios implicados, que asegure el circuito diagnóstico terapéutico d elos pacientes con neoplasias digestivas en nuestro hospital y los acerque a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1782

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE PROCESOS DEL COMITE DE TUMORES DIGESTIVOS Y ELABORACION DEL FLUJO DE ACTUACION

estandares recomendados

INDICADORES

Se registrarán todos los casos que pasen por el comite de tumores, con monitorización de tiempos y resultados

DURACIÓN

se creará el protocolo a lo largo del ejercicio 2017-2018

OBSERVACIONES

ninguna

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 - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE ANA NASARRE GER
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASTELLAR OTIN ELENA
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES
PINA SALVADOR JOSE MANUEL
CHARRO CALVILLO MARA
SANCHEZ SALAS PILAR
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA
BUSTOS MORELL CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

ACTIVIDADES REALIZADAS:

durante el año 2019 se han realizado consultas de enfermería codificadas con agenda propia durante todo el año. Se han mantenido con actividad continua las agendas de enfermería propias para pacientes con artritis reumatoide y con enfermedad inflamatoria intestinal, ya creadas durante el año 2018. Además, se han administrado tratamientos biológicos todas las semanas de las siguientes especialidades médicas: reumatología, digestivo, endocrino, medicina interna, neurología, dermatología y oftalmología. Se han registrado el número de tratamientos totales administrados en hospital de día médico, así como las toxicidades y/o reacciones adversas, que además se han registrado en la historia clínica de cada paciente. El año anterior no disponíamos aún del número de toxicidades, pero este año sí se ha podido establecer una comparativa, que ha resultado positiva. Asimismo, también se registran las llamadas telefónicas que realiza enfermería para el control de efectos secundarios, y de las llamadas que han realizado los pacientes para consultar dudas. Los grupos de trabajo creados para el control y seguimiento de la AR y de la EII se han mantenido, y como actividad complementaria el año 2019 se ha propuesto la formación de una subcomisión. Durante el año 2019 se han facilitado encuestas de satisfacción a los usuarios, las cuales han resultado muy positivas; igualmente, se han emitido un alto porcentaje de informes de continuidad de cuidados, para lograr una mejor comunicación entre niveles asistenciales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

RESULTADOS ALCANZADOS:

- agenda específica de enfermería creada, y en funcionamiento pleno
- 2 grupos de trabajo (AR y EII): activos
- total de sesiones realizadas: 1.293
- total de pacientes: 452 (75 más que el año anterior)
- valoraciones de adherencia al tratamiento: 95%, la mayoría de forma telefónica
- total reacciones adversas: 14 casos (10 de reumatología, 4 de neurología)

La fuente de obtención de datos es recogida propia mediante bases de datos autónomas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

CONCLUSIONES:

La creación de una unidad de tratamientos biológicos, ya en 2018, fue un hito importante porque ha permitido un mayor control y seguimiento de dos enfermedades, que tanto por su prevalencia como por su relevancia clínica, han sido habituales focos de preocupación, para personal sanitaria y para los pacientes y sus familiares; estas enfermedades son la artritis reumatoide y las enfermedades inflamatorias intestinales. El hecho de que esta unidad disponga de un organigrama y flujo de acción, junto con un espacio físico definido, y un personal cualificado que lo controla, permite la posible extrapolación de este proyecto a otras patologías crónicas. En el año 2020 se plantea la posibilidad de nuevas acciones de mejora y control de la calidad, tanto para el beneficio de los pacientes como de los profesionales sanitarios que integran esta Unidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/53 ===== ***

Nº de registro: 0053

Título
UNIDAD DE GESTION CLINICA DE TRATAMIENTOS BIOLOGICOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Autores:
NASARRE GER ANA, FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, PINA SALVADOR JOSE MANUEL, CHARRO CALVILLO MARA, SANCHEZ SALAS PILAR, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA, BUSTOS MORELL CRISTINA, CASTELLAR OTIN ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología: Enfermedades digestivas, neurológicas, metabólicas, dermatológicas, oftalmológicas
Línea Estratégica .: Uso Racional del Medicamento
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

los pacientes que reciben tratamientos biológicos actualmente se extienden a cada vez más especialidades médicas, son pacientes cada vez más longevos y más complejos, que consumen un gran número de recursos (humanos y materiales). Además, son pacientes que necesitan una atención multidisciplinar, en todos los niveles asistenciales. Por otra parte, los tratamientos biológicos son medicamentos de alto impacto socio sanitario, y precisan un seguimiento estricto para conseguir que su elevado coste resulte eficiente. La comprobación de todos estos registros requiere tiempo y personal específicamente formado.

RESULTADOS ESPERADOS

los pacientes atendidos en las siguientes especialidades, Reumatología, Digestivo, Neurología, Endocrino, Medicina Interna, Dermatología y Oftalmología, manejan herramientas diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que precisan de equipos multidisciplinarios (que incluyen médicos, enfermería y farmacia). Se necesita crear grupos de trabajo que fomenten el apoyo al paciente, a la calidad asistencial y a la investigación en este campo.

estas Unidades han demostrado capacidad para mejorar en los siguientes resultados,

- resultados en salud: objetivos terapéuticos claros y cuantificables, con una notable mejoría en los resultados.
- Resultados en calidad de vida: mejora en la percepción de los pacientes sobre su atención sanitaria y sobre su propia enfermedad
- Resultados económicos: mejora en la eficiencia en la administración de los tratamientos biológicos
- Resultados en los profesionales: motivación para la investigación y la formación continuada

Para cuantificar y clasificar los datos que permiten evaluar estos resultados se necesita tiempo, y se ha demostrado que un profesional de enfermería específicamente formado es plenamente capaz de realizar la labor de recogida y organización de datos, siendo mucho más eficiente para el sistema.

MÉTODO

Actividad: el conjunto de actividades que han de desarrollarse para alcanzar el uso racional de recursos (humanos y materiales) que perseguimos, debe ser organizada según unas líneas básicas de trabajo que comprendan:

- metodología clínica
- fármacos biológicos: monitorización, coordinación y gestión de incidencias
- seguimiento de fármacos biológicos, tanto orales como subcutáneos, entrenamiento y autoadministración
- consulta asistencial telefónica
- gestión de efectos adversos
- incidencias y adherencia terapéutica

El conjunto de actividades se desarrollarán de forma conjunta entre facultativos y personal de enfermería. Además, en actividad incluimos un taller específico de formación para la actualización en el uso racional de tratamientos biológicos, dirigido a médicos, enfermería, tanto de atención primaria como hospitalización, y servicio de urgencias.

INDICADORES

INDICADOR --> ESTÁNDAR

Creación de consulta específica de Enfermería con agenda propia: SI

Nº efectos adversos (toxicidades)/nº tratamientos totales: Reducción respecto año previo

Registro de consulta telefónica de control: SI

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Artritis Reumatoide: SI

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0053

1. TÍTULO

UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Creación de grupo de trabajo para control del uso racional de tratamientos biológicos en Enfermedad Inflamatoria Intestinal: SI

Reducción del nº de visitas al FEA de Reumatología al trimestre respecto a sí mismo: SI

Encuesta de satisfacción a los pacientes y/o familiares: SI

% Informes de continuidad de cuidados dirigido a comunicación entre niveles asistenciales: 90%

Creación de Grupo de Investigación multidisciplinar entre medicina y enfermería para gestión del conocimiento adquirido: SI

Nº sesiones clínicas interdisciplinarias: 3/año

Existencia de circuito señalizado hospitalario: SI

DURACIÓN

Fecha inicio marzo 2018.

Responsables de implantación: coordinadora del proyecto (supervisora de enfermería de Hospital de Día de Área Médica, HGDAM)

Plan de comunicación al hospital por diferentes medios de difusión internos (Intranet, correo electrónico, sesiones presenciales).

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 - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Fecha de entrada: 25/01/2019

2. RESPONSABLE VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CHARRO CALVILLO MARA
AURED DE LA SERNA ISABEL
ONCINS TORRES ROSA
PUJALA TORRALBA MARTA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el 2018 todos los miembros implicados en el proyecto han revisado los protocolos de actuación propios de su especialidad y enviado un documento resumido y de consenso para elaborar, de forma conjunta, un protocolo de actuación que guíe las actuaciones del comité de tumores colorrectales.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Está redactado ya el primer protocolo de actuación, pendiente de revisarse de forma conjunta y de llegar a un consenso y se ampliará este año con la parte específica correspondiente al cáncer de recto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo ayudará a guiar las actuaciones del comité de forma consensuada, organizada y de acuerdo a recomendaciones actualizadas y revisadas

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, AURED DE LA SERNA ISABEL, ONCINS TORRES ROSA, PUJALA TORRALBA MARTA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapéutico completo del paciente afecto de cáncer de colon. Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales. Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes. Ello debe de agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

MÉTODO

El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

INDICADORES

El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria).

El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

DURACIÓN

Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018.

Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

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 - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Fecha de entrada: 25/01/2020

2. RESPONSABLE VERONICA CALDERERO ARAGON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GUIRAL FERNANDEZ NURIA
CHARRO CALVILLO MARA
AURED DE LA SERNA ISABEL
ONCINS TORRES ROSA
PUJALA TORRALBA MARTA
PALLARES SEGURA JOSE LUIS
HERNANDEZ GARCIA ALBA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Durante el periodo 2018-2019 se ha procedido a protocolizar y unificar todas las actividades implicadas en el desarrollo del proceso diagnóstico terapéutico del carcinoma colorrectal a través del comité de tumores digestivos del H. Barbastro.

Cada servicio implicado ha desarrollado sus guías y recomendaciones, desde el cribado, hasta el control endoscópico, estudio anatómico patológico de las muestras, indicación y frecuencia de pruebas radiológicas, etc. Posteriormente, se ha unificado toda la información, para completar el Protocolo de actuación de todo el proceso, que guíe y asesore las decisiones del comité.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Cada servicio ha hecho una revisión exhaustiva y actualizada de la parte correspondiente a su proceso. Una vez unificada toda la información, se ha procedido a la elaboración final del PROTOCOLO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CÁNCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU ÁREA SANITARIA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La revisión y protocolización de todos los items implicados en un proceso, facilita la toma de decisiones, evita las desviaciones respecto de los estándares establecidos y aporta calidad al procedimiento. Quedará pendiente su revisión periódica y permanente, para ir ajustando las recomendaciones a los cambios diagnóstico- terapéuticos que se producen evolutivamente, y mantener el protocolo actualizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/317 ===== ***

Nº de registro: 0317

Título
PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

Autores:
CALDERERO ARAGON VERONICA, GUIRAL FERNANDEZ NURIA, CHARRO CALVILLO MARA, AURED DE LA SERNA ISABEL, ONCINS TORRES ROSA, PUJALA TORRALBA MARTA, PALLARES SEGURA JOSE LUIS, HERNANDEZ GARCIA ALBA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Desde el comité de tumores digestivos se detecta la necesidad de coordinar y protocolizar, entre todos los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0317

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DEL PROCESO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA EL CANCER DE COLON EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y SU AREA SANITARIA

especialistas implicados, el proceso diagnóstico-terapéutico completo del paciente afecto de cáncer de colon. Eso permitirá ajustar cada parte del proceso al mínimo plazo de tiempo posible y a las recomendaciones y guías clínicas nacionales e internacionales. Se trata de garantizar que el proceso se ajuste a los plazos y estándares establecidos, con una correcta colaboración y coordinación entre todos.

RESULTADOS ESPERADOS

Cada especialidad revisará las recomendaciones y evidencia científica correspondiente a su parte implicada en el proceso y desarrollará un circuito práctico, rápido y fácil para aplicar en nuestros pacientes. Ello debe de agilizar el proceso, dejar establecidos los circuitos de funcionamiento y garantizar el correcto manejo de cada caso, dentro de nuestro área sanitaria y con nuestros recursos disponibles.

MÉTODO

El desarrollo, reparto de temas, protocolos y circuitos de actuación se harán de forma individual por cada uno de los servicios implicados, pero se revisarán, consensuarán y unificarán a través de comité de tumores.

INDICADORES

El proyecto final se redactará y se hará llegar a todas las especialidades implicadas (intrahospitalariamente, e incluso atención primaria). El registro de tumores anual permitirá saber si se han cumplido plazos y estándares establecidos.

DURACIÓN

Se desarrollará el proyecto a lo largo del 2018. Cada parte del proceso se redactará por la especialidad implicada, y la coordinación e implantación final se hará a través del comité de tumores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Fecha de entrada: 17/12/2018

2. RESPONSABLE JESUS FLORIAN GERICO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

HERNANDEZ GARCIA ALBA
CALDERERO ARAGON VERONICA
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ
LORIENTE MARTINEZ CLARA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
BENITO RUIZ BEATRIZ
ANDRES ALIERTA MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

REALIZACION DE GUIA DE ACTUACIÓN. REGISTRO DE PACIENTES.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

REALIZACIÓN, DIVULGACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE GUIA DE TRATAMIENTO AMBULATORIO DE PACIENTE ONCOLOGICO CON TUMOR SOLIDO Y FIEBRE NEUTROPENICA DE BUEN PRONÓSTICO.
REALIZACIÓN DE BUSQUEDA DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS CON DICHAS CARACTERISTICAS EN EL PERIODO DE JUNIO A DICIEMBRE DE 2018

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos divulgado de manera adecuada nuestra propuesta de mejora de calidad.
El análisis de los datos obtenidos ha sido insuficiente para obtener conclusiones válidas. Por ello solicitamos la continuidad del proyecto en el periodo enero-diciembre 2019.

7. OBSERVACIONES.

Solicitamos continuidad del proyecto de calidad de mejora.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/331 ===== ***

Nº de registro: 0331

Título

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

Autores:

FLORIAN GERICO JESUS, HERNANDEZ GARCIA ALBA, CALDERERO ARAGON VERONICA, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, LORIENTE MARTINEZ CLARA, LOPEZ HERNANDEZ MARICELA, BENITO RUIZ BEATRIZ, ANDRES ALIERTA MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

Evitar el ingreso de pacientes de buen pronóstico, que no se benefician del mismo

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el numero de ingresos

MÉTODO

Elaboración de una guía de actuación
Presentación del la guía de actuación

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0331

1. TÍTULO

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA FIEBRE NEUTROPENICA EN TUMORES SOLIDOS

INDICADORES

Elaboración de una base de datos de los pacientes atendidos en Urgencias

DURACIÓN

Inicio en el mes de Junio y sin fecha de finalización
A finales de 2018 se hará una evaluación de los datos recogidos

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 - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Fecha de entrada: 25/02/2019

2. RESPONSABLE ALBA HERNANDEZ GARCIA
 · Profesión MEDICO/A
 · Centro H BARBASTRO
 · Localidad BARBASTRO
 · Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
 · Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

FLORIAN JERICO JESUS
 CALDERERO ARAGON VERONICA
 NASARRE GER ANA
 BUETAS AURE REYES
 VAL BALLARIN ESTHER
 URFANEL SANCHON MARIA JOSE
 PEREZ AMAYA DOLORES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La calidad del cuidado del paciente oncológico es un aspecto primordial en la atención médica actual. En los últimos años la actividad del Hospital de Barbastro en el Servicio de Oncología Médica se ha incrementado, lo que ha dado lugar a la incorporación de un tercer oncólogo. Actualmente el equipo de oncología medica esta formado:

- Tres oncólogos médicos
- Una enfermera de consulta de Oncología médica
- Hospital de día: 3 enfermas y 1 auxiliar de enfermería.

Ante esta labor creciente, así como la incorporación de un nuevo miembro al equipo médico, hizo plantearse la necesidad de la creación de un proyecto con el fin de mejorar la asistencia integral al paciente oncológico, de manera que se ajusto la actividad diaria para que cada oncólogo médico realizase una actividad específica, con el fin de aumentar la eficacia, disminuyendo la mala praxis que podrían suponer las salidas continuas de la consulta e interrupciones continuas.

Se evaluo la actividad y se repartio la patología oncológica con el fin de plantear las necesidades asistenciales:

1. Oncologo 1: cáncer de mama y cerebrales
2. Oncologo 2: tumores digestivos (colorrectal, páncreas, esófago-gástricos, vía biliar), tumores neuroendocrinos y tumores urológicos.
3. Oncologo 3: cáncer de pulmón, cáncer ginecológico, cáncer de cabeza y cuello, melanoma y sarcomas.

De manera que se establece, teniendo en cuenta una reevaluación continua que cada oncólogo tuviese:

- Dos días de Hospital de día para tratamientos oncológicos
- Dos días de planta, para asistencia de pacientes hospitalizados, hojas de consulta y atención a urgencias.
- Tres días para revisiones, primeros días, así como cómites de tumores.

DOCTORES	Lunes	Martes	miércoles	Jueves	Viernes
Oncologo 1	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)		Consulta (rev y 1ª)			
H.DIA	Planta				
Consulta (rev y 1ª)					
Oncologo 2	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	Consulta (rev y 1ª)				
Oncologo 3	Planta				
Consulta (rev y 1ª)	H.DIA	Planta			
Consulta (rev y 1ª)	Consulta (rev y 1ª)		H.DIA		

De esta manera, también se estableció un atención eficaz que mejoraba de forma directa la actividad asistencial de enfermería de Hospital de día así como del Servicio de Farmacia, estableciendo una agenda en que los pacientes son citados por horario para su tratamiento con el fin de evitar colapso, retrasos o esperas de los pacientes.

Ante el cambio de la estructura del servicio médico de Oncología Médica, se establece también una línea de cambio en la asistencia sanitaria de la consulta de enfermería de Oncología Médica, cuya actividad se establece:

- Soporte de apoyo a consulta de Oncología que lleva Hospital de día.
- Consulta de toxicidades en colaboración con oncologo médico que corresponda para pacientes en tratamiento

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

activo.

- Valoración de primeros días, junto con oncólogo medico para dar una valoración integral al paciente y establecer un seguimiento personalizado según los requerimientos del paciente (nutricionales, sociales, físicos, psicológicos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El resultado aunque se ha medido de forma "subjetiva", se ha podido ver de forma indirecta objetiva una adecuación de la organización, con la incorporación del tercer oncólogo medico, de manera que el reparto y organización de la labor asistencial ha repercutido de forma positiva en los pacientes su atención y calidad asistencial; influyendo también de forma positiva en todo el personal del servicio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

-La organización asistencial es clave en la praxis clínica medica, de manera que una buena adecuación de los sistemas y recursos, es una de las formas más positivas de mejorar la labor asistencial, en la praxis clínica; habiendo experimentado un efecto positivo no solo en los pacientes, sino también en el personal involucrado en la atención.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/383 ===== ***

Nº de registro: 0383

Título
IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ALBA, FLORIAN GERICO JESUS, CALDERERO ARAGON VERONICA, NASARRE GER ANA, BUETAS AURE REYES, VAL BALLARIN ESTHER, URFANEL SANCHON MARIA JOSE, PEREZ AMAYA DOLORES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

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

La finalidad del proyecto es la organización y mejora de la consulta de oncología medica de cara al proceso asistencial del paciente oncológico, con el fin de mejorar la asistencia y que repercuta de forma positiva en la asistencia, la eficiencia del los recursos.
En base a un aumento creciente de la patología oncológica, los nuevos tratamientos así como la complejidad de los procesos diagnósticos-terapéuticos.

RESULTADOS ESPERADOS

-Mejora del proceso asistencial del paciente oncológico y su proceso.

MÉTODO

-Diagrama del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Organización de consulta en función de tratamiento, revisiones y hospitalización
-Consulta de toxicidades en conjunto enfermera-medico, con el fin de disminuir la asistencia al servicio de urgencias.
-Reuniones del equipo de forma periódica (mínimo 2 veces al mes)
-Formación continuada en toxicidades, de acuerdo a los nuevos tratamientos que van apareciendo.

INDICADORES

-La evaluación será continuada revisando y mejorando el diagrama de flujo del paciente oncológico en Hospital de Barbastro.
-Desde la consulta de oncología de toxicidad se evaluará cuanto se disminuye la frecuentación a servicio de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0383

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DEL PROCESO ASISTENCIAL EN LA CONSULTA DE ONCOLOGIA

urgencias.

-Para todo ello se dispone de una base de datos que recogerá los diferentes procesos del paciente oncológico.

DURACIÓN

-La duración es indefinida, y se evaluará de forma trimestral, para establecer puntos de mejora del proceso

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 - 2019/0340

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ALBA HERNANDEZ GARCIA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. ONCOLOGIA MEDICA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CALDERERO ARAGON VERONICA
FLORIAN GERICO JESUS
GOMEZ RIVAS PAULA
YUS CEBRIAN FLOR
PERELLA ARNAL MATILDE INES
PAUL VILLADER PEDRO JOSE
ROMERO QUEZADA LORIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Dado que el objetivo principal, que teníamos como estándar de calidad, para llevar a cabo este proyecto, era crear un algoritmo actualizado adecuado a la evidencia científica se han realizado las siguientes actividades:

- Enero 2019: Revisión de la última actualización de las guías clínicas nacionales e internacionales: [SEOM 2018, ESMO 2018, American Society of Hematology's Choosing Wisely 2018, NCCN 2019]
- Enero 2019: Revisión bibliográfica base de datos [Pubmed, Cochrane]
- Enero 2019: Consenso multidisciplinar en las definiciones:
 - Anemia según los CTCAE 5.0 [Common Terminology Criteria for Adverse Events versión 5.0, 2017]: 1-Grado 1: <12 hasta 10 g/dL [leve]; 2-Grado 2: <10 hasta 8 g/dL [moderada]; 3-Grado 3: < 8 g/dL [grave] y 4-Grado 4: amenazante para la vida [muy grave]
 - Ferropenia: 1-Absoluta: ferritina <100 ng/mL y 2-Funcional: IST <20% [IST=índice de saturación de transferrina].
- Enero 2019: Reunión multidisciplinar puesta en común y elaboración del algoritmo.
- Febrero 2019: Elaboración inicial multidisciplinar actualizada del "Algoritmo diagnóstico-terapéutico actualizado para el manejo de déficit de hierro y anemia en pacientes con tumores sólidos" ANEXO 1.
- Marzo a Diciembre 2019: Recogida de datos de pacientes con tumores sólidos y anemia, en tratamiento oncológico para valorar la aplicación del algoritmo de acuerdo al estándar actual. Datos recogidos:
 - 1. N° pacientes con anemia, tumor sólido y tratamiento activo.
 - 2. N° transfusiones
 - 3. N° agentes estimulantes de eritropoyesis [AEE]
 - 4. N° infusiones hierro
- Reuniones trimestrales [enero, mayo, septiembre y diciembre] para difusión y revisión de la implementación del algoritmo en práctica clínica habitual.

ANEXO 1: ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DEFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS [SE ENVIA ALGORITMO A calidadensalud16@gmail.com]:

1-Hemoglobina 10-11g/dL:

-1a ¿Déficit de hierro? IST <20% o FS < 100ng/mL: tratamiento--> Hierro iv 1000 mg

-1b ¿Déficit B12 o folatos?. tratamiento --> B12 o folatos:

-1c Otras causas de anemia: tratamiento--> Tratar causa subyacente

2-Hemoglobina 8-10g/dL:

-2a ¿Déficit de B12 o folatos?: tratamiento--> B12 o folatos

-2b ¿Déficit de hierro absoluto?: FS < 100 ng/mL: tratamiento --> Hierro iv 1000 mg
*Añadir AEE si Hb <10 g/dL

-2c ¿Déficit de hierro funcional?: IST <20%: tratamiento --> AEE + hierro 1000 mg iv

-2d No déficit de hierro: tratamiento --> AEE

3-Hemoglobina < 7-8g/dL: ¿Necesidad de incremento rápido de Hb: tratamiento -->
Trasfusión de concentrado de hematíes

Abreviaturas: Hb: hemoglobina/ g: gramos/ dL: decilitro/ IST: índice de saturación de transferrina/ FS: ferritina sérica/ ng: nanogramo/ mL: mililitro/ iv: intravenoso/ mg: miligramos/ B12: vitamina B12/ AEE: agente estimulante de a eritropoyesis.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0340

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han evaluado 107 pacientes con tumores sólidos, anemia y tratamiento oncológico activo. Siendo más frecuente en tumores ginecológicos [19%], pulmonares [9%], gástricos [27%], genito-urinarios [33%] y resto [12%].

En los pacientes estudiados, siguiendo el algoritmo, se han llevado a cabo:

1. 95 transfusiones, [43% 1 concentrado de hematíes y 57% de 2 concentrados de hematíes]. La media de transfusiones por paciente ha sido de 3 [1-6]
2. 170 infusiones de hierro con una media de 6 [1-12]
3. 673 administraciones de AEE con una media de 7 [3-15].

Estos resultados de acuerdo a nuestro algoritmo diagnóstico-terapéutico actualizado y nuestros indicadores han resultado:

- Indicador 1: % pacientes oncológicos en tratamiento activo del Sector Barbastro en los que se ha realizado estudio de anemia 96% [Estándar 90%]
- Indicador 2: % transfusiones realizadas en la población a estudio de acuerdo a algoritmo actualizado 85% [Estándar 80%]
- Indicador 3: % administraciones de AEE en la población a estudio de acuerdo a algoritmo actualizado 95% [Estándar 80%]
- Indicador 4: % administración de hierro en la población a estudio de acuerdo a algoritmo actualizado 90% [Estándar 85%]

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La actualización del algoritmo diagnóstico-terapéutico para el manejo de anemia en tumores sólidos y tratamiento activo, de acuerdo a las últimas actualizaciones científicas del 2018, con aplicación durante el 2019 en esta población de pacientes, en comparación indirecta con el 2018 ha resultado en una adecuación en la prescripción de tratamientos.

Esta adecuación en el número de transfusiones de hematíes cuya restricción en estudios internacionales se ha traducido en una disminución de mortalidad, resanguado, síndrome coronario agudo, edema pulmonar e infecciones bacterianas; a favor de otras estrategias que han resultado más seguras como la administración de hierro y de AEEs, asociándose ambas con una mejoría de la anemia en estos pacientes, con menos efectos adversos que los derivados de las transfusiones de hematíes.

Por lo que en nuestro estudio la adecuación este algoritmo, ha derivado en una mejora de la praxis clínica habitual, con una disminución de la variabilidad, en una mejora en calidad de vida de nuestra población y además en una mejor gestión del sistema.

7. OBSERVACIONES.

Es un proyecto cuya finalidad principal era crear un algoritmo diagnóstico-terapéutico actualizado de manejo de anemia en pacientes con tumores sólidos y tratamiento activo, en base a la última actualizaciones científicas, en las cuales se había demostrado en estudios internacionales que la restricción de transfusión de concentrados de hematíes, reduce sus efectos secundarios, y que su sustitución por infusión de hierro y/o AEE en indicación, mejora igualmente la anemia de estos sujetos, imperando en su calidad de vida e indirectamente en una mejor gestión de los recursos.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/340 ===== ***

Nº de registro: 0340

Título
ALGORITMO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO PARA EL MANEJO DEL DEFICIT DE HIERRO Y LA ANEMIA EN PACIENTES CON CANCER Y TUMORES SOLIDOS

Autores:
HERNANDEZ GARCIA ALBA, CALDERERO ARAGON VERONICA, FLORIAN GERICO JESUS, GOMEZ RIVAS PAULA, YUS CEBRIAN FLOR, PERELLA ARNAL MATILDE INES, PAUL VILLADER PEDRO JOSE, ROMERO QUEZADA LORIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología: anemias
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 - 2019/0340

1. TÍTULO

ALGORITMO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO PARA EL MANEJO DE DÉFICIT DE HIERRO Y ANEMIA EN PACIENTES CON CÁNCER Y TUMORES SÓLIDOS

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La anemia y el déficit de hierro son complicaciones frecuentes en pacientes con tumores sólidos; produciéndose como consecuencia del tumor y sobre todo como consecuencia de los tratamientos (quimioterapia, radioterapia, terapias dirigidas..). En general la anemia se asocia con astenia, disminución de la capacidad física y por ende, repercute de forma negativa en la calidad de vida. Así mismo, se ha visto en algunos trabajos que la presencia de anemia en estos pacientes podría disminuir la respuesta al tratamiento oncológico y reducir la supervivencia general.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo primordial es crear un algoritmo diagnóstico-terapéutico, que podría derivar en un protocolo clínico, con el fin de manejar la anemia y el déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos, de forma conjunta entre los servicios de oncología médica y hematología.

MÉTODO

Actividad es la creación de un algoritmo diagnóstico-terapéutico de forma conjunta entre los servicios de hematología y oncología, que podría derivar en un protocolo clínico.

INDICADORES

Indicador principal: desarrollo del algoritmo diagnóstico-terapéutico para el manejo de la anemia y déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos.

Indicador secundario: protocolo del manejo de anemia y déficit de hierro en pacientes con tumores sólidos.

DURACIÓN

Realizar en el año 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 - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Fecha de entrada: 06/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRE FALCON RAMON
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BERNAT GILI ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones del Servicio y en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para decidir los pacientes que debían ser sometidos a una laringectomía total.
A los pacientes seleccionados se les daba una encuesta preoperatoria the voice handicap index y la escala Hamilton. El primero para ver la calidad de vida con el grado de disfonía y el segundo para valorar su estado emocional.
Se han realizado 2 cursos para enfermeras del sector durante este año de manejo del paciente traqueotomizado. También se ha hecho especial hincapié en la enseñanza en nuestra planta y en la UCI para los cuidados y manejo de las cánulas de estos pacientes, estando con las enfermeras en su limpieza y cambios.
Se han elaborado unos folletos que se han entregado al paciente sobre sus cuidados en casa, en el que se tratan también las dudas que puedan surgir.
Derivamos a los pacientes a la logopeda para empezar el aprendizaje de la voz erigimofónica y tratamiento de posibles disfagias que puedan surgir.
También se les informa de las asociaciones de laringectomizados de la zona, donde se les ayuda en todos los ámbitos de su nueva vida.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es un proyecto en curso en el que se está consiguiendo por una parte la participación activa en el hospital por parte del personal sanitario y por otra, ya con los pacientes en casa, de los familiares y logopeda.
La pérdida de miedo de las enfermeras y familiares en este tipo de pacientes, a través de los cursos a las enfermeras e información al paciente y familiares.
Los tests escogidos son los de referencia internacional para valorar la calidad de vida y el estado emocional de estos pacientes.
Se están consiguiendo los objetivos iniciales pero faltaría otro año para poder evaluar todos los aspectos en conjunto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Lo primero de todo es que el proyecto de calidad es absolutamente gratuito para el salud y se soporta en nuestro trabajo y esfuerzo para conseguir el objetivo final.
En segundo lugar, debido a que la evolución de la calidad de vida y estado emocional se va viendo con los meses según van aprendiendo la voz erigimofónica y se van integrando en su vida cotidiana, las encuestas realizadas aún les queda para ser realizadas y poder evaluar la efectividad de nuestro proyecto, a pesar de lo cual se están consiguiendo ya grandes avances.
Es un proyecto que se debería continuar en el tiempo, por su fácil aplicación y reproductibilidad.
Aporta una rápida y próspera inserción de estos pacientes pudiendo alcanzar una vida normal con buena calidad de vida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2015/19 ===== ***

Nº de Registro: 0019

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Autores:
ORTE ALDEA CARMEN, TERRE FALCON RAMON, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BERNAT GILI ANTONIO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a laringuectomías totales y traqueotomías definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas. La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones. La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente. Así pues nuestro objetivo es realizar un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Así pues nuestro objetivo es realizar un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

MÉTODO

Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigimofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomía total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomía. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

INDICADORES

Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

"The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigimofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma , siendo la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" únicamente aplicable a pacientes con voz erigimofonica.

DURACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
TERRE FALCON RAMON
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BERNAT GILI ANTONIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones del Servicio y en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello para decidir los pacientes que debían ser sometidos a una laringectomía total.

Se han realizado otros dos cursos (Noviembre y Abril) de manejo de traqueotomía para enfermeras.

Se ha continuado con el apoyo en planta del personal sanitario y de los familiares.

Entrega de folleto explicativo.

Derivación a logopeda.

Poner en conocimiento de las asociaciones de laringectomizados.

Y rellenar las encuestas pertinentes: escala de hamilton y the voice handicap index.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es un proyecto en curso en el que se está consiguiendo por una parte la participación activa en el hospital por parte del personal sanitario y por otra, ya con los pacientes en casa, de los familiares y logopeda.

La pérdida de miedo de las enfermeras y familiares en este tipo de pacientes, a través de los cursos a las enfermeras e información al paciente y familiares.

Este año ha servido para asentar y afianzar los conocimientos adquiridos el año anterior.

Hemos recogido los datos de 7 pacientes sometidos a laringectomía cuya edad media era de 75 años. Todos tenían soporte social y comorbilidades asociadas por la que se descartó el tratamiento con quimioradioterapia.

Inicialmente, en el test Hamilton tenían en su mayoría una puntuación total entre 13-17 puntos es decir una gravedad del cuadro de menos de depresión mayor. Un paciente tuvo depresión mayor con riesgo de autolisis. Estos resultados son derivados de la reacción de enterarse de padecer cáncer con el riesgo vital que ello conlleva y por otro lado, tener que pasar un proceso mutilante que te puede limitar en el habla y la comida.

Los resultados del test Hamilton después de 1 año y de 6 meses en algunos pacientes tras la cirugía son muy reveladores. Todos los pacientes pasaron a un estado normal, salvo uno que tuvo una depresión menor. Esto es debido a la falta de complicación o secuelas permanentes derivadas de la laringectomía. Los pacientes obviamente no podrán hablar normal, pero ninguno presenta disfagia ni fístulas traqueoesofágicas. Se dan cuenta de que a pesar de la cirugía, llevan una rutina activa con una muy buena calidad de vida: podían seguir yendo al huerto, pasear, conducir, comer con normalidad etc.

Hay que tener en cuenta que son pacientes mayores que llevaban en su mayoría una vida tranquila anteriormente. Y en los resultados de the voice handicap index se valoró inicialmente que todos ellos presentaban una disfonía severa antes de la cirugía por la tumoración. A 2 de estos pacientes se les realizó de urgencia y antes de la cirugía una traqueotomía de urgencia por disnea aguda por su tumor.

El aprendizaje de la voz erigimofónica en pacientes mayores es más lenta y dificultosa que en gente joven.

Salvo un paciente que por distancia y poca accesibilidad a la logopeda (vivía en Benasque) no quiso aprender a hablar, el resto han seguido nuestras instrucciones y han mejorado ostensiblemente su comunicación.

De los 6 pacientes restantes, 5 tienen una incapacidad moderada para hablar a pesar de que ellos consideran que se comunican sin problemas y 1 paciente (el más joven de 57 años), habla con fluidez y ha aprendido perfectamente la voz erigimofónica.

Salvo el joven, todos siguen yendo a la logopeda donde también se les desbloquea la musculatura cervical, les favorecen y enseñan a usar la musculatura en su nueva situación tanto para tragar como para hablar.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El proyecto ha sido un éxito. El seguimiento realizado a los pacientes, la colaboración con el personal sanitario y los familiares ha reforzado nuestra labor.

Ha sido un proyecto que no ha necesitado de gastos ni de recursos extras y de los cuales considero que los

paciente se han beneficiado enormemente.

Creo que el trabajo en equipo y multidisciplinar ha sido la clave del éxito.

Además, es fácilmente reproducible y se puede seguir aplicando en nuestra práctica clínica.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

*** ===== Resumen del proyecto 2015/19 ===== ***

Nº de Registro: 0019

Título
PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

Autores:
ORTE ALDEA CARMEN, TERRE FALCON RAMON, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BERNAT GILI ANTONIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

PROBLEMA

Los pacientes sometidos a laringuectomías totales y traqueotomías definitivas/temporales ven comprometida su calidad de vida, por la incapacidad que presentan al no poder hablar normalmente y la existencia de un estoma permanente/temporal o una cánula permanente/temporal y los cuidados que esto conlleva. Esto genera gran estrés en los pacientes y familiares, que demandan nuevas necesidades psicológicas como físicas. La enseñanza y motivación del paciente y familiares en esta nueva situación ayudara a superar sus limitaciones. La intervención principal será la información y el apoyo psicológico al paciente y a la familia del paciente. Así pues nuestro objetivo es realizar un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a la sociedad y a sus nuevas rutinas.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

RESULTADOS OBTENIDOS HASTA EL MOMENTO

RESULTADOS ESPERADOS

Así pues nuestro objetivo es realizar un programa de educación para la salud (EPS) de estos pacientes, con el objetivo claro de mejorar psicológicamente la aceptación de su nueva situación, así como una mas rápida incorporación de estos pacientes a sus nuevas rutinas y mejora de sus capacidades vocales.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

MÉTODO

Al ingreso del paciente se valorara el temor y la incertidumbre del proceso mediante la utilización de escalas validadas (Escala de depresión de hamilton), que se realizara antes y después de la intervención.

Posteriormente se realizara la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente según el modelo de voz erigimofónica utilizado, en aquellos casos que sea aplicable.

Se trata de un estudio descriptivo transversal y prospectivo. La muestra de pacientes estará compuesta por todos aquellos que por motivos médicos requieran de una laringuectomía total o de la necesidad de portar de forma definitiva o parcial de una cánula de traqueostomía. Se tendrá como criterio de exclusión todo paciente que no quiera recibir dicha EPS.

Dada la reciente abertura de un servicio de UCI en este hospital y sector creemos conveniente dicho programa de mejora puesto que el numero de pacientes con estas necesidades han aumentado sustancialmente.

Con ello pretendemos mejorar la afectación emocional que sufren los pacientes ante este tipo de intervenciones, su reinserción social, su independización, mejorar la calidad del servicio prestado en nuestro hospital y rentabilizar los recursos, puesto que es posible disminuir el numero de cánulas de traqueotomía utilizadas si el paciente adquiere ciertas habilidades de forma más precoz.

INDICADORES

Se utilizaran dos indicadores:

La Escala de Hamilton (Ham-a) para monitorizar el estado emocional del paciente antes y después de la realización de la EPS.

"The Voice Handicap Index (VHI)" para estudiar el grado de afectación en la calidad de vida del paciente

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2015/0019

1. TÍTULO

PROGRAMA DE EDUCACION PARA LA SALUD AL PACIENTE LARINGUECTOMIZADO Y/O CON UN ESTOMA TRAQUEAL PERMANENTE O TEMPORAL PARA CONSEGUIR SU AUTONOMIA E INSERCIÓN EN LA SOCIEDAD

según el modelo de voz erigmofónica utilizado.

Ambos cuestionarios serán realizados previamente a la intervención, y posteriormente a la misma , siendo la escala "The Voice Handicap Index (VHI)" únicamente aplicable a pacientes con voz erigmofonica.

DURACIÓN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 2 Poco

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Fecha de entrada: 26/01/2018

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA
BERNAT GILI ANTONIO
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
REY PORCA CARLOS
MARTINEZ RUIZ TERESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre servicio, acuerdo de proceso, formularios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Realización de acuerdos, formulación de formularios de interconsultas.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Mejoría de la interrelación entre ambos servicios, rentabilidad en el proceso de interconsulta entre servicios, Siendo precisa completar el proyecto para recoger las conclusiones y las recomendaciones pertinentes.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/86 ===== ***

Nº de registro: 0086

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA, BERNAT GILI ANTONIO, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN, REY PORCA CARLOS, MARTINEZ RUIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular (PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo. Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

RESULTADOS ESPERADOS

Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio óptico y pérdida irreversible de la visión.

MÉTODO

Formalizar y protocolizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizará un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clínica.

INDICADORES

Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular. Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oftalmología.

Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con este riesgo de glaucoma y pérdida de campo visual.

DURACIÓN

Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

OBSERVACIONES

El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA
BERNAT GILI ANTONIO
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
MARTINEZ RUIZ TERESA
GONZALEZ TEJADA JOSE MANUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión entre servicios.
Continuación en la elaboración y mejora de formularios de anamnesis y exploración física necesarios para la aplicación del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Formularios de anamnesis y formularios de exploración física.
Por el momento, no se ha realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal debido a las irregularidades, bajas y ausencias presentadas en la plantilla de en ambos servicios, tantos de ORL como de Oftalmología en el año considerado para su realización.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Pendiente la conclusión del proyecto y la aplicación de los formularios ya elaborados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/86 ===== ***

Nº de registro: 0086

Título
PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, GARCIA CLEMENTE JESUS MARIA, BERNAT GILI ANTONIO, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, PADGUETT TOMAS ESTEBAN FRANKLIN, REY PORCA CARLOS, MARTINEZ RUIZ TERESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del ojo y sus anexos
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Prevención/Detección precoz
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En los últimos años se ha hablado mucho sobre los posibles efectos adversos de los corticoides intranasales, en cuanto a su capacidad para retrasar el crecimiento en la infancia, inducir el desarrollo de osteoporosis, poder inhibir el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal o favorecer el desarrollo de cataratas o glaucoma. El glaucoma representa un grupo de enfermedades oculares con una tríada característica de: elevación de la presión intraocular(PIO), daño del nervio óptico y pérdida de campo visual. El aumento de la PIO en pacientes susceptibles causa daño directo al nervio óptico y puede conducir a la ceguera irreversible si no se trata. El glaucoma es la segunda causa de disminución de visión y la primera causa de ceguera irreversible en el mundo.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0086

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA DE CALIDAD EN EL CONTROL DE LOS NIVELES DE PRESION INTRAOCULAR EN PACIENTES EN TRATAMIENTO CON CORTICOIDES NASALES

Varios estudios han demostrado aumento de la presión intraocular, siendo esto mas susceptibles en pacientes glaucomatosos, familiares de primera línea y los que reciben altas dosis y/o tratamiento prolongados, como es el caso de los pacientes con rinitis y poliposis nasosinusal en los cuales el tratamiento con corticoides tópico nasal es imprescindible y de larga duración.

RESULTADOS ESPERADOS

Por el momento, no se realiza ningún control reglado de la presión intraocular en los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con lo que se espera conseguir protocolizar el flujo de pacientes entre los servicios y cuantificar los niveles de presión intraocular que presenten los pacientes en tratamiento con corticoides nasal, con el fin de evitar elevaciones patológicas que puedan ocasionar lesión de nervio optico y perdida irreversible de la visión.

MÉTODO

Formalizar y protocolizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Oftalmología para favorecer una adecuada comunicación e interacción entre servicios de los pacientes en tratamiento con corticoides tópicos nasales, con el fin de medir posibles variaciones patológicas de la presión intraocular y lograr una correcta intervención temprana si así se precisa. Además se insistirá en identificar los pacientes susceptibles a incrementos de presión por presencia de factores de riesgos de glaucoma. Se realizara un registro de los pacientes remitidos para medición de la presión, quedando esto además registrada en la historia clínica.

INDICADORES

Protocolos, formularios y bases de datos realizadas y estandarizadas para favorecer el flujo adecuado de pacientes entre los servicios de Otorrinolaringología y Oftalmología.

Número de pacientes identificados con posibles factores de riesgo para el incremento de la presión intraocular.

Cuantificación del número de pacientes en tratamiento con corticoides nasales remitidos por el servicio de Otorrinolaringología al servicio de Oftalmología.

Cuantificación de pacientes en tratamiento con corticoides nasales que presentan incremento de la presión intraocular y con esto riesgo de glaucoma y perdida de campo visual.

DURACIÓN

Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre de 2016 se llevara a cavo por parte de los servicios de Otorrinolaringología y oftalmología la organización, protocolización y validación de los formularios necesarios en el referimiento, evaluación y seguimiento de los pacientes en tratamientos con corticoides nasal. Del 9 de Enero de 2017 se iniciara el proyecto de calidad descrito. 1 de Septiembre de 2017 se realizara un análisis de los resultados obtenidos hasta la fecha que permitan establecer conclusiones sobre los efectos de los corticoides nasales sobre la presión intraocular.

OBSERVACIONES

El proyecto no implica ningún gasto económico fuera de lo establecido, ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y de paso conocer su impacto real.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0334

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE PAMELA ELLYETTE BENITEZ ALONSO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BERNAT GILI ANTONIO
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
BURGASE ESTALLO IRENE MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones del servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología para la realización de la guía clínica para la atención eficiente de los pacientes intervenidos de cirugía endocrina.
Reunión del servicio con enfermería para el manejo postquirúrgico y de las complicaciones de la cirugía endocrina hospitalariamente.
Rellenar una encuesta de satisfacción del enfermo y/o familiar.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se ha tenido una mejora en el tratamiento postquirúrgico tomando en cuenta la evaluación de la fonación, síntomas de hipocalcemia y sangrado.
Para el estudio preoperatorio se incluyó una hoja de información al paciente y una encuesta de satisfacción, se realizó la medición de la hormona tirotrópica y la TSH. En caso de encontrarse elevados los niveles de TSH, se solicitaron anticuerpos antitiroglobulina en sospecha de tiroiditis.
Con la colaboración de enfermería, se mejoró el cuidado postoperatorio del paciente mediante la inclusión de un protocolo que evaluaba varios aspectos, como el cuidado del drenaje (en caso de débito mayor de 50 mililitros en las primeras 24 horas se dejaría este para evitar hematoma cervical), valoración de la herida (realizando cambio de apósitos, y cuidados de la misma), medición de la PTH, calcio y proteínas totales prequirúrgicas (el día previo a cirugía o a las 8:00 horas del día quirúrgico) y postquirúrgicas pasadas 8 horas.
Se realizó un algoritmo terapéutico postquirúrgico de reposición del calcio usando tratamiento de calcio vía oral con calcitriol o de manera intravenosa.
Para considerar el alta postquirúrgica debía de cumplir con ciertas características como no tener sangrado activo o hematoma cervical, náuseas, vómitos o vértigo y tener una normalidad en la deglución y la respiración.
Por último, se entregó una encuesta de satisfacción para la percepción evaluación y mejora, donde se incluyeron datos acerca del tiempo que había permanecido ingresado, coincidencia de lo explicado en su estancia, información sobre su enfermedad, información sobre los riesgos de la intervención, dolor tras la intervención quirúrgica, presencia de náuseas o vomito tras la intervención quirúrgica y la valoración global sobre el ingreso. Hemos visto que, al incluir la hoja de información al paciente, se incrementó la colaboración disminuyó la ansiedad prequirúrgica.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El éxito de nuestro proyecto se basó en el equipo multidisciplinar con el que contamos. El contar con el uso de encuestas de satisfacción para el paciente ha tenido una repercusión positiva tanto en los pacientes como en los familiares, y esto nos ha permitido tener mejoras para el mejor funcionamiento como servicio. El proyecto no implica ningún gasto económico. Ya que es un procedimiento reglamentado a realizar en estos pacientes, pero que se busca protocolizar y conocer su impacto real.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/334 ===== ***

Nº de registro: 0334

Título
IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Autores:
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE, BERNAT GILI ANTONIO, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, BURGASE ESTALLO IRENE MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0334

1. TÍTULO

IMPLEMENTACION DE PROTOCOLO DE CUIDADOS PRE Y POSTQUIRURGICOS DE GLANDULA TIROIDES Y PARATIROIDES

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En los sistemas hospitalarios los profesionales de la salud se enfrentan a nuevos retos para ofrecer servicios de alta calidad y con el gasto mas eficiente. Sobretudo en los servicios quirúrgicos. Las guías de practica clínica que buscan una mejora en la efectividad y la eficiencia para mejorar cada periodo de tratamiento y las guías son una buena herramienta para mejorar el cuidado de los pacientes quirúrgicos.El proceso de tiroidectomía es la intervención mas frecuentemente realizada en cirugía endocrina la cual ha evolucionado en los últimos años con la incorporación de nuevas tecnologías pre y postoperatoria (dispositivos de energía para la hemostasia, determinación de PTH como predictor precoz de hipocalcemia postoperatoria)

RESULTADOS ESPERADOS

Por el momento no se cuenta con resultados de control en la cirugía de tiroides y paratiroides, con lo que con este proyecto se espera brindar el adecuado proceso asistencial abordado de manera integral y unificado con los servicios de Otorrinolaringología y Endocrinología. Teniendo una guía para la toma de decisiones clínicas, evitando duplicidad de pruebas y acortar los tratamientos y mejorar la calidad asistencial. Los objetivos serán: Estandarizar la atención de los cuidados pre y postquirúrgicos de los pacientes que requieren cirugía endocrina en el hospital de Barbastro. Establecer una secuencia de la actividades de los diferentes profesionales que se encuentran a cargo de los pacientes con cirugía de glándulas tiroides y paratiroides. Proporcionar un protocolo basado en las mejores evidencias disponibles. Reducir los costes asociados a la estancia hospitalaria.

MÉTODO

Formalizar un equipo multidisciplinario conformado por el servicio de Otorrinolaringología y el servicio de Endocrinología que permita el seguimiento de la guía clínica para la atención eficiente de los paciente intervenidos de cirugía endocrina. Registro de los pacientes que serán intervenidos con el fin de medir el de tiempo de estancia hospitalaria, la estancia en unidad de reanimación, las complicaciones postquirúrgicas (hematoma, hipocalcemia) y la función vocal; quedando registrado en la historia clínica.

INDICADORES

Protocolos, formularios y base de datos de los pacientes intervenidos de cirugía de tiroides y paratiroides. Con cuantificación de la estancia en la unidad de reanimación (días) que será indicado en la historia clínica. Cuantificación de hematoma. Monitorización de la función paratiroidea y tiroidea, antes y después de la intervención quirúrgica. Cuantificación de los pacientes que requieren tratamiento de la hipocalcemia. Cuantificación de estancia hospitalaria. Mensualmente se reunirán los encargados de cada servicio para revisar los registros de los pacientes incluidos en el proyecto.

DURACIÓN

Del 15 de Octubre al 15 de Diciembre se llevara a cabo la organización, protocolización y validación de los procesos necesarios para la evaluación y seguimiento de los pacientes por parte de los servicios de Endocrinología y Otorrinolaringología. El 16 de Diciembre se iniciará el proyecto de calidad descrito. El 1 de Septiembre de 2017 se realizará un análisis de los datos recogidos que permitan establecer las conclusiones sobre la calidad y eficiencia de la asistencia hospitalaria de los pacientes intervenidos con cirugía endocrina.

OBSERVACIONES

Debido a que proyecto no implica ningún gasto económico, se espera tener un impacto importante en los paciente tratados con esta cirugía

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0749

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE
TERRE FALCON RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Completa anamnesis y exploración del paciente.
Realización de las pruebas de alergia
Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alérgenos.
Tratamiento médico y/o quirúrgico, según necesidades del paciente.
Selección de pacientes para tratamiento con inmunoterapia específica.
Seguimiento, control y evolución de los pacientes.
Los pacientes rellenan el test esprint es un test de calidad de vida de la rinitis.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han adherido 26 pacientes (16 hombres y 10 mujeres) a nuestro proyecto, es decir pacientes con rinitis alérgica constatada con pruebas alérgicas. 12 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente de turbinoplastia con o sin septoplastia. y 14 del total fueron candidatos a inmunoterapia activa.
El resto se ha ido tratando con antihistaminicos y sprays nasales.
Los pacientes, apoyados los resultados con el cuestionario ESPRINT, mejoraron ostensiblemente con los tratamiento (de una puntuación media de 43 a una puntuación media de 22).
Por lo que se ha conseguido una mejora en la respiración de cada paciente, en el control de la rinitis y por lo tanto en la calidad de vida.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Los pacientes han llegado derivados sobre todo de los médicos de familia de centros de salud.
Los pacientes tratados con inmunoterapia empiezan a notar franca mejoría a partir del primer año de tratamiento. A pesar de esto, muchos de los encuestados ya habían mejorado antes de ese primer año.
Ha sido un proyecto gratuito para la Sanidad que ha mejorado la calidad asistencial de los pacientes.
Considero que es un proyecto que debe seguir aplicándose años, debido a que la rinitis alérgica es una patología muy prevalente en nuestro medio.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/749 ===== ***

Nº de registro: 0749

Título
PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, BENITEZ ALONSO PAMELA ELLYETTE, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo
Otro Tipo Patología: Alergias
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0749

1. TÍTULO

PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL, CONTROL Y TRATAMIENTO EN PACIENTES CON RINOCONJUNTIVITIS ALERGICA EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Más de un 25% de la población de la provincia de Huesca padece algún tipo de alergia. De ese porcentaje la mayor parte presentan clínica al exponerse al polen de gramíneas, ciprés y platanero, la cual es la vegetación más frecuente de la zona céntrica de Huesca, Barbastro y Monzón. Esta es una afectación muy común en la población y que en la provincia de Huesca, lamentablemente, está asistida de manera insuficiente por la falta de un servicio de Alergia en el Hospital.

Los síntomas que destacan en este tipo de pacientes son rinorrea, picor nasal y ocular, estornudos y asma. Por ello, se propone la organización de una Unidad de alergias por parte del Servicio de ORL del Hospital de Barbastro, para diagnosticar, controlar y tratar aquellos pacientes con rinoconjuntivitis alérgicas.

RESULTADOS ESPERADOS

Derivación de los pacientes desde los centros de salud correspondientes y desde otras especialidades del Hospital al Servicio de ORL, para así agilizar la asistencia especializada en este tipo de pacientes.

De este modo, el paciente podrá ser atendido directamente por el F.E.A. de ORL llevándole un seguimiento desde el inicio y evitando su desplazamiento a otros servicios ajenos al Hospital, con el coste personal y económico que ello supone para el paciente y para el Hospital.

MÉTODO

Completa anamnesis del paciente.

Realización de las pruebas de alergia

Entrega de folletos de la prevención de la exposición específica a los alérgenos.

Tratamiento médico y/o quirúrgico, si procediera.

Selección de pacientes que se puedan beneficiar de la inmunoterapia específica.

Seguimiento, control y evolución de los pacientes.

INDICADORES

Cuestionario de calidad de vida en pacientes con rinitis: ESPRINT

versión corta y extendida.

Puntuación de síntomas y medicamentos.

DURACIÓN

Se iniciará en Diciembre de 2016. Se realizarán notificaciones en centros de Salud y Hospital para derivación de pacientes con esta patología.

Se dispondrá de una consulta semanal en el Servicio de alergias donde se realizarán la anamnesis, pruebas alérgicas y consulta.

Finalización: Diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA DEL CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
TERRE FALCON RAMON

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

A través de los pacientes que han acudido al Servicio de Urgencias derivados del centro de Salud o que han acudido por voluntad propia, se les ha realizado un protocolo de actuación ante la sospecha de sordera súbita. Llegaron 6 pacientes a nuestro Servicio, se les realizaba una anamnesis completa, otoscopia, timpanograma, acúmetría y audiometría tonal con vía ósea y aérea para su diagnóstico. Los pacientes diagnosticados de Sordera brusca fueron aquellos que refirieron una hipoacusia neurosensorial brusca (en menos de 72 horas) con pérdida de más de 30 db en 3 frecuencias consecutivas en la audiometría tonal. Cuando no hubo una audiometría basal, se utilizó el oído sano como referencia. La exploración por otoscopia de estos pacientes fue normal con un Weber lateralizado al oído sano y un Rinne + en el oído enfermo. El timpanograma era normal. Una vez realizado el diagnóstico correcto de esta patología se pedía una batería de pruebas que incluyeron: Resonancia Magnética de Conductos auditivos internos y Analítica de sangre (hemograma, Velocidad de Sedimentación Glomerular, Anticuerpos antiNucleares y serología luética). En todos los pacientes, las diferentes pruebas resultaron normales. Se comenzó de manera inmediata al diagnóstico el tratamiento pertinente que consistió, de inició en todos los casos, en prednisona 1mg/kg/día oral durante 14 días con dosis decreciente con omeprazol 20mg 1/24h en ayunas 14 días. Los pacientes se revisaron a los 14 días con una nueva audiometría tonal. De los 6 pacientes, 2 tuvieron una mejoría casi completa con el tratamiento pautado. Los 4 pacientes restantes que mejoraron poco o nada fueron sometidos a inyecciones de corticoides intratimpánicas semanalmente hasta en 3 ocasiones. De los 4, sólo 2 pacientes mejoraron con las inyecciones. Se realizó entonces también una audiometría a los 30 y 90 días posttratamiento cumpliendo los plazos y dando prioridad a estos pacientes en las citaciones. Los pacientes con más pérdida tras completar el tratamiento se les recomendó adaptación audiotrófica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 6 pacientes, 2 recuperaron completamente, 2 mejoraron parcialmente y 2 no recuperaron. Los criterios de mejoría son los siguientes: recuperación completa si está similar a la basal +- 20dB, recuperación parcial con recuperación entre 20-30dB y sin mejoría menos de 10dB de ganancia. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras series de datos similares.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El protocolo que hemos seguido durante el estudio iguala los resultados de otros estudios similares por lo que es el camino a seguir en el futuro.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/365 ===== ***

Nº de registro: 0365

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, TERRE FALCON RAMON

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0365

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ DE LA SORDERA SUBITA EN LAS URGENCIAS DE ORL

Línea Estratégica .: Atención a tiempo: pruebas diagnósticas
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sordera súbita es una hipoacusia neurosensorial con un inicio brusco en menos de 72 horas. Su etiología es desconocida habiendo varias teorías: viral, vascular autoinmune.
Se puede dar en gente joven.
Siempre ha existido mucha controversia sobre los medios a aplicar en esta patología.
Se ha visto que cuanto antes se instaure el tratamiento, mejor es el pronóstico de esta enfermedad.
El tratamiento consistirá en corticoides sistémicos, preferiblemente por vía oral y corticoides intratimpánicos de rescate.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un protocolo diagnóstico y de tratamiento en la sordera súbita

MÉTODO

Realización de charlas con el personal de servicio de Urgencias y Centros de Salud para la detección precoz de esta patología y su derivación al Servicio de ORL ante sus sospecha.
Esto facilitará la instauración del tratamiento cuanto antes.
Se dará prioridad a estos pacientes de cara a las citaciones y realización de audiometrías.

INDICADORES

Para su valoración se realizará otoscopia, timpanograma, acumetría y audiometría
Se hará un estudio de cada paciente en el momento del diagnóstico una analítica de sangre con marcadores de enfermedades autoinmune (ANAs, ANCAs), RMN CAIS para descartar patología tumoral, y la realización de varias audiometrías postratamiento de control en los días 15, 30, 90.

DURACIÓN

Este estudio se realizará desde 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 RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER
MILLAN GARCIA JOSE RAMON
BONAGA SERRANO BEATRIZ
GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización de reunión de coordinación interservicio.
Búsqueda de referencias bibliográficas.
Elaboración de formularios y algoritmos de derivación y manejo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Generación de formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Realización de un algoritmo de actuación en pacientes con disfonía.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Con la realización de estos formularios y su aplicación se espera Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación, siendo esto apenas un inicio en la mejora de los servicios en materia de patología de la voz.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/622 ===== ***

Nº de registro: 0622

Título
PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, MORA PUEYO FRANCISCO JAVIER, MILLAN GARCIA JOSE RAMON, CRESPO BURILLO JOSE ANTONIO, BONAGA SERRANO BEATRIZ, GONZALEZ SANCHEZ MIGUEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Órgano fonatorio
Línea Estratégica .: Eficiencia
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Una voz que funciona bien es una herramienta esencial para un tercio de la fuerza de trabajo (1,2). Los problemas de voz entre los usuarios de voz profesional tienen un gran impacto negativo, comparado con la población general, ya que afectan en su capacidad de trabajar, en su sentido general de bienestar, y a veces en el propio sentido de sí mismo (3). Los usuarios profesionales de voz incluyen no sólo cantantes y actores, sino también clérigos, profesores, recepcionistas, personal de ventas, médicos y cualquier otra persona cuya capacidad de ganarse la vida se ve afectada negativamente por la pérdida de calidad vocal y resistencia (4),

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0622

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE ACTUACION PACIENTES CON DISFONIA

por eso yo en lo particular y en mi opinión personal creo que profesionales de la voz somos todos. Los trastornos de la voz ocupacional constituyen la categoría de enfermedades profesionales más frecuentemente certificadas, por ejemplo en Polonia representa aproximadamente el 20% de todos los casos (5). Villanueva-Reyes A. (2011); Realizó un estudio en profesionales de la voz, estudiando las siguientes variables: sexo, edad, ocupación, posibles riesgos laborales, diagnóstico y tipo de tratamiento. Los resultados revelaron que el 81% de todos los casos de trastornos de la voz encontrados durante el estudio eran mujeres. La edad media de diagnóstico de los diferentes trastornos de la voz fue de 42 años. Los problemas vocales fueron reportados con mayor frecuencia por los maestros de primaria y secundaria (72%). Las quejas más comunes fueron el uso excesivo de voz relacionado con el trabajo (30%) y exceso de polvo en el lugar de trabajo. Los diagnósticos médicos más frecuentes relacionados con trastornos de la voz fueron rinofaringitis (27%), varios tipos de laringitis (21%) y laringofaringitis (10%). La modalidad de tratamiento más frecuente para los problemas de la laringe y la voz fue la prescripción de la medicación. Concluyó que el factor más relevante de los trastornos de voz para los usuarios de voz profesional es la sobrecarga vocal durante su trabajo, recomendando implementar programas de prevención de trastornos de la voz debido a la alta tasa de disfunción vocal entre estos profesionales (6).

RESULTADOS ESPERADOS

Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.

MÉTODO

Realizar un protocolo de actuación en pacientes con disfonía.
Generar formularios de anamnesis y exploración física para paciente con disfonía con la finalidad de facilitar la elaboración de una historia clínica más completa.
Garantizar una mejora en el proceso de interconsulta entre los servicios involucrados como son el servicio de Otorrinolaringología, Neurología y Rehabilitación.

INDICADORES

Protocolo de actuación realizado.
La realización de encuestas y formularios de anamnesis y exploración física.

DURACIÓN

3 de Septiembre 2018: reunión interservicio.
1 de Octubre de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
7 de Enero : elaboración de formularios y protocolos.
6 de Mayo: Inicio de aplicación de protocolo y formularios creados.

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 - 2019/0099

1. TÍTULO

ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE LUCRECIA ROQUE TAVERAS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ORTE ALDEA CARMEN
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
PUYUELO AVENTIN ISABEL
PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR
BOHORQUEZ BATLLE SOL ANGELINA
COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR
HOLGUIN MENA CARMEN IRIS

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una revisión bibliográfica sobre el tema se llevo a cabo la elaboración de un cuestionario tipo Test con su posterior aplicación a personal sanitario con el objetivo de medir el nivel de conocimiento en el manejo y cuidado del paciente portador de cánula de traqueostomía/traqueotomía.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras la aplicación del cuestionario se obtienen los siguientes resultados:
136 encuestados siendo el 88% de la población encuestada fue del personal de enfermería el restante personal médico con un 12%. El cuestionario consistía en 6 preguntas tipo test sobre el manejo del paciente, observando un alto porcentaje de respuestas erróneas, que van desde un mínimo de 31% a un 61% de error en la respuesta. Esto tiene un impacto importante en el manejo de la vía aérea de estos pacientes y la alta posibilidad de error en su adecuado manejo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se objetivo un muy bajo nivel de conocimiento en el manejo del paciente portador de cánula en el personal sanitario, por lo que es imprescindible la organización y realización de cursos de formación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/99 ===== ***

Nº de registro: 0099

Título
ANALISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMIA/TRAQUEOSTOMIA

Autores:
ROQUE TAVERAS LUCRECIA, ORTE ALDEA CARMEN, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, PUYUELO AVENTIN ISABEL, PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR, BOHORQUEZ BATLLE SOLANGELINA, COLON LIRIANO LEONARDO VLADIMIR, HOLGUIN MENA CARMEN IRIS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Seguridad clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Existe evidencia del aumento en el número de pacientes que necesitan traqueostomía en las unidades de cuidados intensivos, reflejando algunos autores que la incidencia de traqueostomía por ventilación mecánica prolongada aumentó un 200% entre los años 1993 y 2002. Además de traqueostomía en pacientes con intubación prolongada también se puede realizar en pacientes con problemas respiratorios en los cuales se van a realizar cirugías

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0099

1. TÍTULO

ANÁLISIS DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD EN EL MANEJO DEL PACIENTE PORTADOR DE TRAQUEOTOMÍA/TRAQUEOSTOMÍA

importantes de cabeza, cuello, tórax y cardíacas que se piensa se van a mantener intubados por más de 48 horas posterior a la cirugía y en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipoventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico. Todas y cada una de estas situaciones repercuten en el incremento de pacientes portadores de traqueostoma y con esto la necesidad imperiosa de conocer su manejo.

RESULTADOS ESPERADOS

Conocer el nivel de conocimiento del personal de salud en el manejo de la vía aérea a través de una traqueotomía/traqueostomía.
Incentivar y crear expectativas en el nivel de conocimiento teórico práctico en su manejo.
Plantar las bases y conocer el nivel de conocimiento para la elaboración y realización de nuevos talleres de formación en el manejo del paciente portador de traqueostomía/traqueotomía.

MÉTODO

Se llevará a cabo la elaboración de un test y su posterior aplicación al personal de salud de la zona con la finalidad de conocer el nivel de conocimiento en el manejo del paciente portador de traqueotomía/traqueostomía.

INDICADORES

Número de miembros del personal de salud encuestado.
Porcentaje del nivel de conocimiento presentado por el personal de salud encuestado.

DURACIÓN

Mayo 2018: reunión de equipo.
Julio de 2018: búsqueda de referencias bibliográficas.
Septiembre : elaboración de Test.
Octubre: Inicio de aplicación del test.
Enero : Tabular resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0304

1. TÍTULO

DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Fecha de entrada: 27/01/2020

2. RESPONSABLE CARMEN ORTE ALDEA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. OTORRINOLARINGOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ROQUE TAVERAS LUCRECIA
CORTIZO VAZQUEZ ELOY
BONAGA SERRANO BEATRIZ
PUYUELO AVENTIN ISABEL
PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 14 rinoseptoplastias a los cuales se les ha realizado inyección local de ácido tranexámico con lidocaína al 2% con adrenalina inmediatamente antes de la cirugía y la administración de 1g de ácido tranexámico intravenoso durante la intervención.
Se les cedió a los pacientes una encuesta en las que se valoró la inflamación, el hematoma pericocular y la comodidad del postoperatorio

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

De los 14 pacientes, se tuvo que taponar intraoperatoriamente a 3 pacientes, es decir el 21% de la muestra. No se registraron sangrados postquirúrgicos en ningún paciente.
3 de los 14 pacientes consideró que se inflamó poco o muy poco en el postoperatorio. 5 pacientes consideraron que tuvieron mucha inflamación con dificultad de la apertura ocular en los primeros 2-3 días. Y 6 paciente se inflamaron moderadamente.
El pico máximo de inflamación fue en el día 2 y 3.
Todos los pacientes tuvieron hematoma periocular siempre con un lado dominante que se resolvió entre los 7 y 10 días posteriores.
El síntoma más molesto para los pacientes fue la congestión nasal y denominan la cirugía como prácticamente indolora pero molesta por la congestión y la inflamación. Sólo 3 pacientes precisaron de una o dos tomas de antiinflamatorios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El uso del ácido tranexámico en la rinoseptoplastia funcional ha demostrado disminuir el riesgo de sangrado postquirúrgico y el uso de taponamiento anterior.
Además los pacientes en general se inflaman menos aunque en este punto puede haber otros factores influyentes como el tipo de piel de cada paciente.
Mejoran el curso posoperatorio con una recuperación más rápida.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/304 ===== ***

Nº de registro: 0304

Título
DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Autores:
ORTE ALDEA MARIA DEL CARMEN, ROQUE TAVERAS LUCRECIA, CORTIZO VAZQUEZ ELOY, BONAGA SERRANO BEATRIZ, PUYUELO AVENTIN ISABEL, PALACIN FUMAT BEGOÑA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0304

1. TÍTULO

DISMINUCION EN LA INFLAMACION Y EL RIESGO HEMORRAGICO CON EL USO DE ACIDO TRANEXAMICO EN RINOSEPTOPLASTIA FUNCIONAL

Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Las rinoseptoplastias funcionales son aquellas cirugías destinadas a la correcta respiración nasal. Es una cirugía muy realizada en nuestro ámbito hospitalario alrededor de 20 anuales. El postoperatorio en estas cirugías suele ser incomodo por la colocación de tapones para evitar el sangrado y la inflamación y hematomas periorbitales. Además, aunque infrecuente hay pequeño porcentaje menor al 5% de pacientes que sangran de forma postoperatoria. El uso del ácido tranexámico intravenoso es bien conocido en otras intervenciones como las cirugía ortopédicas y las cardiacas reduciendo la inflamación y el riesgo de sangrado posterior. También se ha empleado de forma local inyectando subcutáneamente es fármaco en cirugía como la blefaroplastia con magnificos resultados. El ácido tranexámico se usa ya a nivel nasal en las epistaxis con buenos resultados para corregir los sangrados.

RESULTADOS ESPERADOS

Va dirigido a todos los pacientes que se van a someter a rinoseptoplastia funcional con o sin turbinoplastia. Con la inyección local y endovenosa de ácido tranexámico se pretende disminuir el riesgo de sangrado sin taponamiento, disminuir la incidencias de hematomas periorbitales y la inflamación postquirúrgica. De esta manera se conseguiría un postoperatorio mucho más cómodo y seguro de nuestros pacientes.

MÉTODO

Se prescribirá una ampolla de ácido tranexámico i.v. a todos los pacientes que vayan a ser intervenido de rinoseptoplastia funcional y que no tengan contraindicaciones en su uso. Además justo antes de empezar la cirugía y con el paciente dormido se inyectará local un preparado de lidocaína al 2% von adrenalina y ácido tranexámico al 50%. Los recursos utilizados están al alcance en nuestro medio sin tener que emitir más gasto al respecto y siendo una práctica segura.

INDICADORES

A los pacientes se les pasará una encuesta que valore la inflamación, los hematomas periorbitales y la comodidad del postoperatorio y se hará una estadística con el sangrado postquirúrgico si acontece.

DURACIÓN

15 Marzo de 2019 a 15 de Marzo 2020

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 20/02/2019

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
FACI ALCALDE ELENA
ABADIAS CUELLO YOLANDA
COSTA RODRIGUEZ PAULA
DEFIOR SANTAMARIA SARA
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, estando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor es del 40%. Para la valoración de los datos, se ha usado la documentación clínica del programa de urgencias (PCH), la cual se ha revisado. Pensamos que es un paso importante, pero aun queda mucho por realizar, especialmente a nivel de sedoanalgesia profunda.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así de procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, MONFORT BUIL MARIA CARMEN, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, VARA CALLAU MARTA, LOPEZ UBEDA MARTA, FACI ALCALDE ELENA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, LANZON CASTRO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente. Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

asistencia y mejorar el proceso asistencial.

MÉTODO

Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos. Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

INDICADORES

Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

DURACIÓN

Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.

Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.

Febrero-marzo 2017: realización de las cards.

Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

OBSERVACIONES

La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Fecha de entrada: 20/02/2018

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MONFORT BUIL MARIA CARMEN
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
VARA CALLAU MARTA
LOPEZ UBEDA MARTA
FACI ALCALDE ELENA
GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE
LANZON CASTRO SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado reuniones para repasar las dosificaciones de la medicación, en que cantidades realizar las diluciones de las que lo precisaran, con elaboración posterior de las cards.
Valoradas por el servicio de pediatría, y revisadas por otros servicios, se han elaborado unas tablas en pdf.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han realizado las cards de medicación, con lo cual desaparecerá la variabilidad en la preparación de bombas y los errores en la administración de medicaciones en situaciones de stress en urgencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En la actualidad las cards en formato pdf, están en proceso de revisión por los servicios de pediatría, farmacia, intensivos y urgencias, para descartar posibles errores en la transcripción de las mismas.
Tras esto, se procederá a plastificarlas, y dejar copias de las mismas en las áreas de atención pediátrica (urgencias y planta de pediatría).
Sería interesante el poder unificarlas para todos los servicios pediátricos hospitalarios de la comunidad autónoma, consensuando las mismas.

7. OBSERVACIONES.

¿Sería necesario que os envíe las cards para valoración?.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/709 ===== ***

Nº de registro: 0709

Título
CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, MONFORT BUIL MARIA CARMEN, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, VARA CALLAU MARTA, LOPEZ UBEDA MARTA, FACI ALCALDE ELENA, GARCIA-DIHINX VILLANOVA JORGE, LANZON CASTRO SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PACIENTE CRITICO
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Guía, protocolo, vía clínica o procedimiento basado en la evidencia
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

No es frecuente en nuestro servicio de pediatría la aparición de pacientes críticos. Cuando aparece uno, el manejo de la medicación puede conllevar ciertos problemas y afectar a la seguridad e incluso la viabilidad del paciente. Al poder intervenir varios servicios (urgencias, pediatría, UCI), con distintos profesionales implicados, se pretende realizar unas "cards" de medicación de urgencia, para mejorar los procesos asistenciales, evitar fallos en la seguridad y dar continuidad a la asistencia.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0709

1. TÍTULO

CREACION DE CARDS DE MEDICACION PEDIATRICA PARA SITUACIONES DE URGENCIA/EMERGENCIA

RESULTADOS ESPERADOS

Unificar criterios acerca de la preparación y administración de los fármacos utilizados en pediatría en situaciones de urgencia/emergencia, con el fin de disminuir los errores de medicación, dar continuidad a la asistencia y mejorar el proceso asistencial.

MÉTODO

Reuniones periódicas entre pediatras y enfermeras de los distintos servicios, para repasar la posología y dosificación según la evidencia científica actual, y consensuar las diluciones, para posteriormente crear las cards ajustadas a diferentes pesos, dada la variabilidad de los pacientes pediátricos. Posteriormente serán sometidas a revisión por personal ajeno a las mismas para descartar errores.

INDICADORES

Valoración por revisores externos de las cards: farmacia hospitalaria, UCI, pediatría.

DURACIÓN

Noviembre 2016: reunión preliminar para planificación del proceso y asignación de tareas.

Diciembre 2016-enero 2017: selección de la bibliografía y estudio de la misma. Puesta en común y ajuste de las diluciones.

Febrero-marzo 2017: realización de las cards.

Abril 2017: entrega a todos los miembros, así como a revisores externos (pediatras, intensivistas, farmacéuticos y enfermeras de los distintos servicios), para detección de posibles errores.

OBSERVACIONES

La población diana es toda la edad pediátrica (de 0 a 13 años inclusive).

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE CAYETANA VERASTEGUI MARTINEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BARBERA PEREZ PAULA MARIA
MONTORI AYALA CRISTINA
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO
LANAU LACORT ANA
GIRON GARCIA PAZ
FACI ALCALDE ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron charlas informativas durante el mes de marzo, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Se cambió el protocolo de actuación en neonatos con riesgo de hipoglucemias, reduciendo el número de mediciones en todos aquellos que no fueran hijos de madre con diabetes insulino dependiente, que son los únicos que precisan controles exhaustivos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Actualmente, gracias a la aplicación del nuevo protocolo al que tienen acceso enfermeras y pediatras en el control de la planta materno infantil, el 100% de neonatos con riesgo de hipoglucemia (pequeños (<p10)/grandes para edad gestacional (p>90) según tablas de percentiles, prematuros tardíos 34-37 semanas de edad gestacional e hijos de madres no insulino dependientes) se han beneficiado de recibir menos mediciones de glucemias capilares, sin encontrar en ningún caso incidencias.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

En nuestra unidad, al año aproximadamente el 19% de neonatos son subsidiarios de controles glucémicos y de estos solo el 10% precisa controles exhaustivos. Es decir cerca de 110 neonatos al año se han ahorrado al menos 4 controles glucémicos en sus primeras 24 horas de vida, facilitando el apego con la madre, la lactancia materna y evitando el dolor de pinchazos prescindibles. En nuestra unidad estamos muy satisfechos con el nuevo protocolo y continuaremos con el mismo por el momento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/93 ===== ***

Nº de registro: 0093

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

Autores:
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, MONTORI AYALA CRISTINA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, LANAU LACORT ANA, GIRON GARCIA PAZ, FACI ALCALDE ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Lactantes
Tipo Patología: Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos ..: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0093

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE MONITORIZACION DE GLUCOSA EN RECIEN NACIDOS CON RIESGO DE HIPOGLUCEMIA

La hipoglucemia es la alteración metabólica más frecuente en el periodo neonatal: 30-40% en hijos de madre diabética y 10-15% en recién nacidos a término. El mantenimiento de la normoglucemia durante el periodo neonatal va a depender de la presencia de reservas de glucógeno y de grasa adecuada, de una glucógenolisis y gluconeogénesis efectiva y de la integración de los cambios adaptativos endocrinos y gastrointestinales con el ayuno y la alimentación. Es más frecuente que se produzcan hipoglucemias en las primeras 72 horas. En nuestro hospital se realizan controles sistemáticos de glucemia a hijos de madre diabética, independientemente de si está controlada con insulina o con dieta a la 1,3,6,12,24 horas de vida. Al resto de neonatos según clínica. Dada la importancia de diagnosticar y tratar precozmente las hipoglucemias neonatales asintomáticas, por sus consecuencias neurológicas a medio y largo plazo, es preciso actualizar las indicaciones de determinación de glucemia, según diferentes factores de riesgo, y reducirlas en aquellos casos que no precisen un control tan estrecho, para evitar acciones cruentas innecesarias en los neonatos.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar los neonatos que precisan monitorización de los niveles de glucosa y el número de mediciones sistematizadas según sus factores de riesgo:

- Neonatos hijos de madre diabética insulino dependiente (gestacional o pregestacional): Glucemias a la 1-3-6-18-24 horas de vida, pretoma. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.
- Neonatos hijos de madre diabética controlada con dieta: solo si clínica sugestiva (cambios en el nivel de conciencia, letargia, apatía, flacidez, apnea, llanto débil, temblor, irritabilidad, pobre succión, vómitos, taquipnea, apnea, cianosis, convulsiones y coma)
- Embarazo sin controlar, O'Soullivan desconocido, Grande o Pequeño para edad gestacional (según tablas de percentiles >p90,<p3) o neonato pretérmino tardío (34-37SEG): Glucemias cada 3 horas durante 8 horas. Si las 2 últimas > 45mg/dL suspender.

MÉTODO

Se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) los cambios relacionados con los factores de riesgo a tener en cuenta para la nueva sistematización de monitorización de los niveles de glucosa de los neonatos. Los cambios previstos son eliminar el número de mediciones de glucemias en los hijos de madre diabética no insulino dependiente y cribar a aquellos neonatos con los factores de riesgo arriba descritos para detectar hipoglucemias antes de que sean sintomáticas.

INDICADORES

1. Cribado de hipoglucemia: Total de neonatos asintomáticos con factores de riesgo que se les realiza glucemia/Total de RN con factores de riesgo: >80%
2. No realizar glucemias rutinarias a neonatos hijos de madre diabética no insulino dependiente: >80%
3. Hipoglucemias en Neonatos no incluidos en el cribado: neonatos con hipoglucemia sin factores de riesgo/ neonatos totales sin factores de riesgo: <15%

DURACIÓN

Charlas informativas durante el mes de Febrero 2018 e instauración inmediata de los nuevos criterios de monitorización de niveles de glucosa. Evaluación de indicadores en 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Fecha de entrada: 21/02/2019

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FACI ALCALDE ELENA
ABADIAS CUELLO YOLANDA
COSTA RODRIGUEZ PAULA
DEFIOR SANTAMARIA SARA
MONTORI ANAYA CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Tras revisión bibliográfica y puesta en común, se ha realizado el protocolo. Se ha presentado al servicio de farmacia y anestesia, quedando pendientes de su valoración para redacción definitiva y puesta en marcha (se ha ido formando al personal para la adecuación de la actividad y realización de sedoanalgesia en procedimientos).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Respecto al uso de anestesia tópica, se ha obtenido un valor cercano al 100%. En procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, el valor se sitúa alrededor del 40%. La recogida de los datos se ha realizado a partir del programa de urgencias (PCH). Pensamos que es un paso muy importante a nivel de satisfacción de los pacientes pediátricos y sus familias, y dotaremos de seguridad la realización de la sedoanalgesia.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se ha objetivado un uso adecuado de la anestesia tópica, no así en procedimientos de sedoanalgesia mas complejos, sobre los cuales habrá que incidir y valorar la posibilidad de realizar formación acerca de la misma.

7. OBSERVACIONES.
Envié por error esto al año 2017.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/111 ===== ***

Nº de registro: 0111

Título
PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, FACI ALCALDE ELENA, ABADIAS CUELLO YOLANDA, COSTA RODRIGUEZ PAULA, DEFIOR SANTAMARIA SARA, MONTORI ANAYA CRISTINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Sedoanalgesia
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Ante la ausencia de un protocolo reglado para evitar la ansiedad y el dolor en los pacientes pediátricos ante los procedimientos que tuvieran que practicarse, creemos que es necesario implementar un protocolo para evitar dichos efectos adversos.

RESULTADOS ESPERADOS
Disminuir/eliminar el dolor y la ansiedad de los pacientes pediátricos en la realización de procedimientos.

MÉTODO
Se revisará la farmacopea existente con sus indicaciones y dosis en edad pediátrica en los campos analgesia,

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0111

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN PEDIATRIA

sedación y sedoanalgesia. Se elaborará un protocolo que será revisado por el servicio de farmacia hospitalaria. Posteriormente se presentará a los miembros del servicio de pediatría, urgencias y anestesia. La intención es su introducción paulatina en colaboración con otros servicios (traumatología por ejemplo) para su aplicación de forma rutinaria y su añadidura a la cartera de servicios.

INDICADORES

- Uso de anestesia tópica en procedimientos dolorosos: nº de pacientes sometidos a procedimientos con utilización de anestesia tópica dividido nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x100. Estándar 100%.
- Utilización de sedoanalgesia en procedimientos: nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, en la que ésta se llevo a cabo dividido por nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de sedoanalgesia, x 100. Estándar 80%.
Fuente de datos: documentación clínica.

DURACIÓN

3 meses para revisión de bibliografía.
1 mes para puesta en común de los datos: nº de pacientes sometidos a procedimientos Con utilización de anestesia tópica dividido por el nº de pacientes sometidos a procedimientos subsidiarios de utilizar anestesia tópica x 100. estándar 100%.
3 meses para elaboración de un borrador y valoración posterior de su adecuación.
1 mes para revisión por el servicio de farmacia y anestesia.
2 meses para correcciones según recomendaciones de los servicios anteriores y nueva puesta en común para elaboración del definitivo.
1 mes para revisión por los servicios indicados.

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 - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Fecha de entrada: 04/02/2019

2. RESPONSABLE Begoña Lopez Alonso
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BALLARIN BUISAN SUSANA
GIRON GRACIA PAZ
VILCHEZ BRUNED ELENA
LARROYA DOMPER ANA
MONTESINOS FRANCO CARMEN
MORANCHO CASTRO PILAR
SABES SOLANO ESTHER

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1. Durante el mes de Abril se elaboró la guía de uso y mantenimiento de cada uno de los aparatos incluidos en el proyecto, en formato papel y en Powerpoint. El equipo de trabajo se distribuyó en tres grupos, uno por aparato, formado por TCAES y DUES; se pusieron en común para realizar las correcciones oportunas.
2. Se instaló en el escritorio de todos los ordenadores de trabajo un acceso directo a la carpeta con las guías y Powerpoint. El manual de uso en formato papel se encuentra accesible en la mesa central de trabajo del Servicio.
3. Los miércoles y jueves de Mayo se impartieron talleres para personal habitual, aprovechando mayor presencia de trabajadores por cartelera.
4. Talleres en meses de verano al personal de nueva incorporación, en Materno-Infantil para OAF y en Partos para cuna térmica e incubadora.
5. Curso de Transporte Neonatal y Pediátrico, días 14 y 15 Noviembre 2018 en este hospital. Colaboración en taller sobre manejo de incubadora y casos prácticos sobre RCP neonatal en cuna térmica, estabilización y traslado.
6. Se facilitó la asistencia mediante horarios flexibles.
7. Registro de firmas de asistencia a talleres.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1. El personal implicado en el uso de estos aparatos ha recibido información sobre la existencia de las guías elaboradas.
2. Reconocimiento expreso por parte del personal, del fácil acceso y útil manejo de estos manuales, tanto para uso como para limpieza.
3. Alto porcentaje de asistencia a los talleres (100%), mediante registro de firmas.
4. Se han reforzado conocimientos, con personal sanitario mejor formado, lo que repercute en la optimización de los cuidados prestados en situaciones de urgencia y en la utilización de los recursos sanitarios.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tanto el grupo de trabajo como el personal asistente a los talleres teórico-prácticos valoran positivamente este proyecto. Los manuales son accesibles, de fácil manejo y muy gráficos, lo que permite recurrir a ellos cómoda y rápidamente en caso necesario. Sin embargo, se considera importante impartir estos talleres periódicamente con el fin de mantener y actualizar los conocimientos adquiridos. El calendario se decidiría con la supervisora del Servicio, haciéndolos extensibles al personal fijo y al eventual.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/113 ===== ***

Nº de registro: 0113

Título
PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. DE BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO (OAF)

Autores:
LOPEZ ALONSO Begoña, BALLARIN BUISAN SUSANA, GIRON GRACIA PAZ, VILCHEZ BRUNED ELENA, LARROYA DOMPER ANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN, MORANCHO CASTRO PILAR, SABES SOLANO ESTHER

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TÉRMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedades del paciente neonato y pediátrico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Guía de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF.

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El servicio de Pediatría de este hospital ha sido dotado recientemente con una cuna térmica, una incubadora de transporte y oxigenoterapia de alto flujo. Se considera necesario que todo el personal implicado en su manejo conozca su funcionamiento, limpieza y mantenimiento, con el fin de que la atención al paciente pediátrico y neonato se realice de forma eficaz.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1- Formación del personal sanitario de este servicio en el manejo y limpieza de estos aparatos.
- 2- Facilitar el aprendizaje al personal sanitario de nueva incorporación.
- 3- Mejorar la utilización de los recursos sanitarios.
- 4- Optimizar los cuidados al paciente pediátrico y neonato.

MÉTODO

- 1- Crear guías de uso, limpieza y mantenimiento de la cuna térmica, incubadora de transporte y OAF
- 2- Realización de cuatro sesiones teórico- prácticas ; durante el periodo estival se realizará alguna más en función de las nuevas incorporaciones.
- 3- Soporte escrito y audiovisual que incluya toda la información, accesible a todo el personal implicado.

INDICADORES

- 1- Porcentaje de personal adscrito al Servicio de Materno-Infantil, susceptible de manejarlo, que conoce dicho manejo.
- 2- Porcentaje de personal eventual en periodo vacacional que recibe formación en el uso y manejo de estos aparatos.
- 3- El valor a alcanzar será la asistencia a los talleres del 100% del personal. Se evaluará mediante el registro de firmas.

DURACIÓN

Se estima una duración de ocho meses, entre abril y diciembre de 2018.

- ? Abril: crear las guías escritas y audiovisuales, así como una carpeta en la intranet con todo este material, accesible a todo el personal.
- ? Abril-Mayo:
? Dos talleres teórico-prácticos para el personal habitual
? Junio-Septiembre:
? Dos talleres al inicio del periodo vacacional.
? Repeticiones en función de las nuevas incorporaciones.
? Los talleres prácticos relacionados con la cuna térmica y la incubadora de transporte se realizarán en la sala de partos donde se ubican de forma permanente, siempre que sea posible.
? Mientras se lleve a cabo este proyecto se informará y facilitará a todo el personal el acceso al material escrito y audiovisual creado para este fin.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0113

1. TÍTULO

PROYECTO DE MEJORA PARA LA PUESTA EN MARCHA DE NUEVOS APARATOS INCORPORADOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA DEL HOSP. BARBASTRO: CUNA TERMICA, INCUBADORA DE TRANSPORTE Y OXIGENOTERAPIA DE ALTO FLUJO

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA MARIA BARBERA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

LARROYA DOMPER ANA
PALACIO LIESA MIRYAN
ARCAS LALIENA ALBA
VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA
MONTESINOS FRANCO CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Uno de los principales objetivos de este proyecto de calidad era hacer una correcta indicación de la fototerapia, así como unificar criterios. Para conseguir este objetivo se realizó un protocolo diagnóstico, donde se incidió en el uso de la bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa, y cuando elegir cada procedimiento. Además se realizó un cartel que se colocó en la sala de exploración de los recién nacidos, visible para todo el servicio, con las gráficas más actualizadas con los puntos de corte de bilirrubina, por encima de los cuales se precisa tratamiento con fototerapia. Gracias a estas medidas se ha podido indicar la fototerapia de forma correcta y unificada. Gracias a este proyecto de calidad se ha revisado todo el material utilizado en el tratamiento de fototerapia, y hemos conseguido que nos cambien las lámparas, para que cumplan los estándares adecuados. En este proyecto se elaboró un protocolo de actuación para todo tipo de profesionales, que está disponible tanto impreso como en los ordenadores de la planta, accesible a todos. También se elaboró una hoja informativa para padres, explicándoles de forma sencilla en que consiste la ictericia neonatal y cómo pueden participar ellos en los cuidados del recién nacido.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En el año 2018 hubo un total de 56 niños en los que se detectó ictericia, de un total de 615 recién nacidos en este período. De esos 56 casos, solo 21 precisaron ingreso para tratamiento con fototerapia. El 100% de las fototerapias fueron indicadas de forma correcta, cumpliendo así el primero de los objetivos. Se ha entrenado al personal en la colocación de las lámparas, y se han cambiado las lámparas por otras nuevas. En todos los casos la colocación de las lámparas fue correcta, y no se ha registrado ninguna incidencia ni complicación. Uno de los mayores problemas de los recién nacidos en tratamiento con fototerapia es el mantenimiento de la lactancia materna. Gracias a las hojas informativas y al apoyo del personal, se ha conseguido mantener el 100% de las lactancias maternas durante el ingreso por fototerapia. Esto se ha conseguido sacar al recién nacido de la cuna durante las tomas, interrumpiendo el tratamiento durante breves períodos de tiempo, o ayudando a las madres a extraerse leche y dársela al recién nacido con jeringuilla.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Ha sido de gran utilidad colocar las gráficas de punto de corte de ictericia para precisar tratamiento con fototerapia en la zona de exploración de recién nacidos, para favorecer la adecuada indicación de este tratamiento, así como entrenar al personal médico en el uso de bilirrubina transcutánea y bilirrubina venosa. Ha sido también muy positivo elaborar la hoja de información para padres, ya que se ha disminuido el nivel de ansiedad y preocupación en ellos, permitiendo que colaborasen de manera más activa en los cuidados del recién nacido, y favoreciendo del mismo modo la lactancia materna durante el tratamiento.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/268 ===== ***

Nº de registro: 0268

Título
ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

Autores:
BARBERA PEREZ PAULA MARIA, LARROYA DOMPER ANA, PALACIO LIESA MIRYAN, ARCAS LALIENA ALBA, VERASTEGUI MARTINEZ CAYETANA, MONTESINOS FRANCO CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0268

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LOS CRITERIOS DE FOTOTERAPIA, METODO DE APLICACION, ALIMENTACION Y PAUTA DE CONTROLES

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

La hiperbilirrubinemia representa la causa más común de reingreso hospitalario en la primera semana de vida. Es una situación clínica común y generalmente benigna en el recién nacido a término y prematuro tardío. En nuestro hospital, la hiperbilirrubinemia es una de las patologías más frecuentes en el recién nacido y puede producir la separación madre-hijo durante los primeros días de vida. Es de vital importancia, el diagnóstico y el tratamiento precoz para evitar posibles complicaciones y prolongar el tiempo de tratamiento.

RESULTADOS ESPERADOS

- Ser capaces de identificar aquellos niños con hiperbilirrubinemia.
- Conocer y utilizar correctamente los distintos tipos de fototerapia.
- Mantener una concentración de bilirrubina sérica por debajo del nivel asociado a encefalopatía.
- Unificar criterios.
- Prevenir los efectos indeseables de la fototerapia: deshidratación, hipertermia o daño ocular, entre otros.
- Fomentar y favorecer la continuación de la lactancia materna durante el tratamiento con fototerapia.

MÉTODO

Se ha elaborado un nuevo protocolo para el personal de la planta, así como hojas informativas para padres. Además se realizarán charlas informativas durante 1 mes, para dar a conocer al personal de la planta de materno-infantil (pediatras, matronas, enfermeras y auxiliares) el nuevo protocolo, al haber nuevos criterios de fototerapia, cómo colocar las lámparas y cómo deben ser alimentados los recién nacidos sometidos a fototerapia.

INDICADORES

1. Correcta indicación de la fototerapia: 100%.
2. Adecuada información a los padres, haciéndolos partícipes del tratamiento: 100%.
3. Correcta colocación y utilización de las lámparas: 100%.
4. Fomentar la lactancia materna durante todo el tratamiento: 100%.

DURACIÓN

Elaboración del protocolo y hoja informativas para padres, realizadas durante el mes de febrero. Charlas informativas durante el mes de Abril 2018 e instauración inmediata del protocolo. Evaluación de indicadores en 6 meses.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ABIZANDA GUILLEN ANA
DELGADO BUENO ANA
JANER SUBIAS ELENA
LAMARCA GAY ROCIO
LOPEZ ALONSO BEGOÑA
PERALTA RUFAS ESTHER MARIA
VILCHEZ BRUNED ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

1.- Se ha elaborado el Protocolo "MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA: COORDINACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA - ESPECIALIZADA", con la implicación de Pediatras de los Centros de Salud del Sector, así como de personal de enfermería. Está pendiente de ser valorado por la Comisión de Calidad. Una vez aprobado, se podrá consultar en la Intranet del Sector por todos los profesionales implicados.

2.- Dicho protocolo incluye como Anexos las "Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario", y las "Recomendaciones de recogida de la muestra de orina". Esta información se podrá imprimir desde la consulta y entregar a los responsables del paciente.

3.- Se han mantenido 3 reuniones presenciales entre los miembros del Proyecto para poner en común los problemas asistenciales y de logística relacionados con el manejo de las infecciones urinarias, analizar las últimas evidencias científicas, y unificar criterios para el desarrollo del Protocolo.

4.- Se realizó el Curso presencial "ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LAS INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA COORDINACIÓN PRIMARIA-ESPECIALIZADA" en el Hospital de Barbastro los días 2 y 9 de octubre, acreditado por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de Aragón con 0,8 créditos.

5.- Se han analizado los indicadores propuestos inicialmente con el objetivo de conocer el manejo actual y poder así compararlos con los indicadores una vez implementado el Protocolo. Los datos consultados proceden de los niños atendidos en Urgencias y derivados desde los Centros de Atención Primaria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1.- El Protocolo de Coordinación Atención Primaria y Especializada acaba de ser consensuado en Enero de 2019, por lo que no podemos evaluar los indicadores una vez implementado.

2.- Los indicadores analizados en el año 2018, previo a la instauración de dicho protocolo son:
Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas = 50 %
Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas = 23,52 %
Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas = 82,35 %
Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas = 20,58 %

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.- Basándonos en los datos analizados, confirmamos que es necesaria la implantación de un Protocolo común de actuación en las Infecciones del Tracto Urinario para evitar pruebas y tratamientos antibióticos innecesarios.
2.- Una vez aprobado por la Comisión de Calidad, será necesario difundirlo entre el personal implicado, es decir, Médicos de Atención Continuada en Centros de Salud, Pediatras del Centro de Salud y del Hospital, Médicos de Familia con dedicación a Pediatría, y Médicos de Urgencias del Hospital.
3.- Queda pendiente reevaluar periódicamente los indicadores incluidos en este Proyecto y en el protocolo, para poder ofrecer una asistencia de calidad a los pacientes, con el fin de que reciban un tratamiento adecuado y evitar pruebas innecesarias.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/328 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Nº de registro: 0328

Título
PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Autores:
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO, ABIZANDA GUILLEN ANA MARIA, DELGADO BUENO ANA, JANER SUBIAS ELENA, LAMARCA GAY ROCIO, LOPEZ ALONSO BEGOÑA, PERALTA RUFAS ESTHER MARIA, VILCHEZ BRUNED ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La infección del tracto urinario (ITU) se define como la existencia de bacterias en el tracto urinario cuando debe ser estéril. Se trata de una de las infecciones bacterianas más frecuentes en la infancia. Factores no modificables como edad, sexo y raza influyen en la prevalencia de la enfermedad. Aproximadamente el 7% de los niños menores de 2 años presentarán un episodio de ITU febril. Los pacientes que han presentado una primera infección urinaria presentan más riesgo de recurrencia, la mayoría en los primeros 6-12 meses, siendo el 18% para varones y el 26% para mujeres. Después de este tiempo, en los varones las recurrencias son muy poco probables, mientras que en las niñas pueden seguir produciéndose muchos años después por gérmenes distintos al de la primera infección.

La afectación renal aguda se produce en el 50-80% de los casos, de los que un 15-20% quedará afectación renal parenquimatosa permanente. Las alteraciones obstructivas del tracto urinario (funcionales, anatómicas o neurológicas) y el reflujo vesicoureteral pueden favorecer la aparición de ITU y las complicaciones a largo plazo.

El diagnóstico de ITU se basa en la clínica, los datos del análisis de orina (nitritos, leucocitaria y hematuria), así como del urocultivo el cual nos dará el diagnóstico definitivo. El método de recogida de la muestra de orina es fundamental para evitar los falsos positivos o negativos.

El seguimiento de estos pacientes debe adaptarse a los medios disponibles en cada sector. Los objetivos de dicho seguimiento son: detección de malformaciones del tracto urinario, control de las recurrencias y seguimiento de la nefropatía cicatricial. Todo ello supone visitas médicas repetidas, empleo de múltiples antibióticos y exploraciones complementarias relativamente invasivas. Por lo tanto, es fundamental la coordinación de las actuaciones médicas tanto de Atención Primaria como de Hospitalaria.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1.- Elaboración de un protocolo consensuado entre el Servicio de Pediatría del Hospital y los equipos de Pediatría de Atención Primaria del Sector.
- 2.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre "Recomendaciones para la vigilancia domiciliaria en la infección del tracto urinario".
- 3.- Elaboración consensuada de una hoja informativa sobre "Recomendaciones de recogida de la muestra de orina".
- 4.- Fomentar la comunicación entre los Equipos de Pediatría de Atención Primaria - Nefrología Pediátrica del Hospital en aquellos casos problemáticos o de riesgo, con el fin de ofrecer la mejor asistencia a estos pacientes.

MÉTODO

- 1.- Se realizarán charlas informativas al personal del Servicio de Pediatría y de Urgencias (auxiliares, enfermería y facultativos) sobre la importancia de los métodos de recogida de orina y la selección de pruebas complementarias a realizar durante el ingreso.
- 2.- Curso formativo práctico, basado en casos clínicos, sobre el manejo del paciente con ITU febril e ITUS recurrentes orientado al personal facultativo, enfermería y auxiliares del Sector de Barbastro

INDICADORES

- Número de historias en el que consta método de recogida de orina/total de número de historias revisadas > 90 %
- Número de historias en las que consta recogida al acecho en menores de 2 años/ total de número de historias revisadas > 80%
- Número de historias en las que consta recogida de urocultivo previo al inicio de antibioterapia/ total de número de historias revisadas > 90 %

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0328

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE COORDINACION INFECCION TRACTO URINARIO EN PEDIATRIA ENTRE ATENCION PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

- Número de historias en las que consta urocultivo de control/ total de número de historias revisadas < 10%

DURACIÓN

- Elaboración del Protocolo y hojas informativas antes de Junio 2018
- Implantación de dicho Protocolo a lo largo del resto del año
- Evaluación de indicadores en Enero - Febrero 2019.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

Fecha de entrada: 15/02/2019

2. RESPONSABLE PAULA LALAGUNA MALLADA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MINGUEZ SORIO JULIA
SAHUN OBIS CARMEN
COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA
REMACHA GARCIA MARIA JOSE
ABAD SANZ MARIA
CANO TOLOSANA MARIO
PALACIO LIESA MIRYAM

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Desde la Comisión de Lactancia del sector se han organizado las acciones a llevar a cabo de forma coordinada con la gerencia del sector.
- Se realizó una auditoría interna utilizando la herramienta de autoevaluación de la OMS mediante encuestas a los profesionales de todos los servicios implicados en el proyecto y a las madres puérperas en el momento del alta. El análisis de los resultados permitió detectar áreas de mejora para el cumplimiento de los requisitos IHAN y programar acciones formativas.
- En mayo se realizó el Curso básico de lactancia anual acreditado con 3.2 créditos por la Comisión de docencia. Se formaron un total de 22 alumnos.
- En septiembre y octubre se llevaron a cabo sesiones formativas sobre la IHAN (un total de 8 sesiones) a las que asistieron todos los profesionales con implicación directa e indirecta en la asistencia maternoinfantil. Se tuvieron en cuenta los temas a reforzar según las encuestas de auditoría interna.
- Se han revisando y actualizado todos los protocolos asistenciales relativos al cuidado maternoinfantil y se han difundido a través de las sesiones y en la intranet del sector en una pestaña específica dedicada a la IHAN, donde se puede descargar toda la documentación.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se remitió la solicitud de reevaluación a la IHAN junto con toda la documentación exigida y durante los días 6 y 7 de noviembre estuvieron en el hospital dos evaluadores de la IHAN para realizar la auditoría externa de forma presencial. Revisaron documentación, registros de formación, realizaron encuestas a madres y profesionales y evaluaron las prácticas.
En diciembre 2018 la IHAN emitió el informe de la evaluación en el que se certificó que el hospital de Barbastro cumple con los criterios IHAN y por lo tanto supera la reevaluación y queda REACREDITADO.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La acreditación IHAN, al igual que cualquier certificación de calidad, exige la implicación de muchos profesionales de distintas categorías, un alto grado de formación y una coordinación entre niveles asistenciales, por lo que es un proyecto ambicioso, pero la motivación y la satisfacción por poner en práctica una asistencia humanizada y de calidad, nos han llevado a alcanzar nuestro objetivo con éxito.
A pesar de ello, el proyecto no se puede dar por concluido, somos conscientes de que mantener todos los requisitos exige una evaluación y monitorización continua y el esfuerzo por seguir trabajando en la misma línea.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/760 ===== ***

Nº de registro: 0760

Título
REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNO-INFANTILES

Autores:
LALAGUNA MALLADA PAULA, MINGUEZ SORIO JULIA, SAHUN OBIS CARMEN, COSCOJUELA SANTALIESTRA INMACULADA, REMACHA GARCIA MARIA JOSE, ABAD SANZ MARIA, CANO TOLOSANA MARIO, PALACIO LIESA MIRYAM

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: embarazo, parto y puerperio
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El Hospital de Barbastro fue acreditado como Hospital IHAN en 2009. Este reconocimiento implica el cumplimiento de unos criterios de calidad en los cuidados que la madre y el recién nacido reciben durante el embarazo, parto y puerperio, haciendo énfasis en la promoción y apoyo a la lactancia materna. Exige también el cumplimiento del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna. Nuestro hospital es el único de Aragón que tiene esta certificación y uno de los 17 que existen en España.

Para el mantenimiento del galardón, es necesario un proceso de reacreditación y superar una auditoría externa de evaluadores de UNICEF que valoran si el hospital sigue cumpliendo los estándares de calidad exigidos. Para superar la evaluación, se requiere una monitorización continua de las prácticas, una revisión periódica de la Normativa de lactancia vigente y de los protocolos asistenciales. También la formación continuada de todas las personas implicadas.

RESULTADOS ESPERADOS

Obtener la reacreditación IHAN superando la auditoría externa de UNICEF.
Cumplir los criterios IHAN de cuidados de nuestra población materno infantil durante el parto y en el puerperio inmediato.
Mantener una tasa de lactancia al alta de maternidad mayor del 75%.
Garantizar la formación del personal de nueva incorporación con el curso de Lactancia que organiza anualmente la Comisión de Lactancia del Sector.
Difundir la importancia del Código de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna entre los profesionales y comprobar su cumplimiento en el Sector.
Revisar y actualizar la Normativa de lactancia y los protocolos asistenciales con unificación de criterios en la atención neonatal y la asistencia al parto.

MÉTODO

La OMS ofrece una herramienta de autoevaluación estructurada para detectar problemas y mejorar el cumplimiento de los 10 pasos. Esta herramienta contempla la recopilación, actualización y revisión de la Normativa de lactancia y de los protocolos, la evaluación de los programas de formación en lactancia materna y del número de profesionales formados, la valoración de estadísticas relativas a la lactancia y la comprobación del cumplimiento del Código de comercialización de Sucedáneos de la leche materna.

Para llevar a cabo el Proyecto, proponemos la utilización de esta herramienta como método de autoevaluación que facilitará la detección de las deficiencias en el cumplimiento de los 10 pasos.

Según los resultados de la monitorización interna se programarán sesiones con los diferentes servicios enfocadas a mejorar el cumplimiento de los 10 pasos IHAN.

Se programará un nuevo curso de Lactancia Materna que se realiza con periodicidad anual para completar la formación de los profesionales de nueva incorporación.

Recopilación de toda la documentación relacionada con la IHAN, Normativa y protocolos, de forma que estén accesibles y disponibles para todos los profesionales desde la portada de la intranet del Sector.

INDICADORES

- Evaluación de las encuestas de monitorización de la OMS realizadas a las madres al alta de maternidad y superación de > 80% de los ítems.
- Tasa de lactancia materna al alta de maternidad > 75%
- Porcentaje de profesionales con formación en los servicios implicados que son capaces de superar la herramienta de monitorización > 80%

DURACIÓN

Duración de un año:

Primer SEMESTRE

- Reunión de la Comisión de lactancia para definir plan de acción
- Revisión y actualización de los protocolos y de la Normativa de lactancia
- Monitorización y evaluación de la situación a través de la realización de las encuestas de monitorización de la OMS a madres y profesionales
- Evaluación del cumplimiento del Código de Comercialización de sucedáneos en Sector con el instrumento de monitorización de la OMS

Segundo SEMESTRE

• Emitir informe de auditoría interna, tasas de lactancia y documentación revisada y elaborada a la IHAN para su evaluación.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0760

1. TÍTULO

REACREDITACION IHAN. PROCESO HACIA LA HUMANIZACION DE LOS CUIDADOS MATERNOINFANTILES

- Realización de curso de formación básico para profesionales de nueva incorporación y formación continuada
- Difusión de los documentos y sesiones para mejorar deficiencias detectadas en la evaluación interna
- Solicitud de la auditoría externa para la reacreditación a la IHAN

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0145

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRÍA

Fecha de entrada: 29/01/2020

2. RESPONSABLE MARIANO PLANA FERNANDEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LALAGUNA MALLADA PAULA
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
FACI ALCALDE ELENA
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA JOSE IGNACIO
VARA CALLAU MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado el protocolo que ha sido aprobado por la comisión técnica del Hospital de Barbastro, incluyendo hojas de valoración para el procedimiento. Asimismo se han realizado varias sesiones formativas en los servicios de Pediatría y Urgencias para formar a todo el personal.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Es difícil valorar el resultado, ya que dependemos de que el pediatra sea avisado por otros servicios para realizar la sedación con óxido nitroso. Hemos objetivado una respuesta muy positiva por parte de urgencias y traumatología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Valoración muy positiva, tanto por parte de los equipos implicados como de los padres/madres. Esperamos que su uso sea cada vez mas habitual; de hecho los compañeros de otros servicios (especialmente traumatología y urgencias) a los que hemos brindado su uso, nos avisan cada vez que necesitan realizar un procedimiento doloroso.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/145 ===== ***

Nº de registro: 0145

Título
PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRIA

Autores:
PLANA FERNANDEZ MARIANO, LALAGUNA MALLADA PAULA, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, FACI ALCALDE ELENA, RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO, VARA CALLAU MARTA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Analgesia y sedación.
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El dolor es una experiencia emocional desagradable con la que el pediatra se encuentra a menudo en su actividad diaria. Actualmente ya nadie duda que los niños sienten dolor, ni que el dolor como síntoma que acompaña a las enfermedades o a los procedimientos diagnóstico-terapéuticos, merece un tratamiento independiente al igual que otros síntomas. El tratar adecuadamente el dolor responde no solo a la obligación de aliviarlo inherente a la medicina, sino a los efectos beneficiosos que conlleva su tratamiento como son: disminuir la ansiedad del niño y de los padres, mejorar la adhesión a los tratamientos, y evitar los efectos negativos del dolor como el aumento de la morbimortalidad, la hiperalgesia y el impacto negativo sobre el desarrollo.
Por estos motivos, se ha decidido solicitar óxido nitroso para procedimientos dolorosos de corta duración a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0145

1. TÍTULO

PROTOCOLO DE USO DE OXIDO NITROSO EN PEDIATRÍA

realizar en niños, y elaborar un protocolo adecuado a las necesidades.

RESULTADOS ESPERADOS

Administración de sedoanalgesia inhalada en todos los procedimientos dolorosos de corta duración que estén especificados en el protocolo, para todos los niños subsidiarios de realización.

MÉTODO

Se realizará por pediatría un protocolo de uso que será presentado en los servicios de urgencias, anestesia y farmacia, para su valoración. Una vez revisado, se solicitará la compra del óxido nitroso, realizando sesiones de formación posteriormente para adiestrar al personal antes de su puesta en marcha.

INDICADORES

Pacientes sometidos a procedimientos de sedoanalgesia / pacientes tributarios de recibir sedoanalgesia x 100 (100%), en las condiciones patológicas incluidas en el protocolo.

DURACIÓN

Realización del protocolo de uso: 3 meses. Reuniones con los diferentes servicios implicados y adecuación del protocolo: 4 meses. Solicitud de inclusión en la cartera de servicios del centro y resolución: no determinado. Sesiones formativas antes de su puesta en marcha: 1 mes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0172

1. TÍTULO

ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Fecha de entrada: 03/01/2020

2. RESPONSABLE PAULA MARIA BARBERA PEREZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
PALACIO LIESA MIRIAM
GOMEZ PORTA LAURA
LARROYA DOMPER ANA
FACI ALCALDE ELENA
VARA CALLAU MARTA
PLANA FERNANDEZ MARIANO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para poder alcanzar los objetivos del proyecto se han ido realizando una serie de actividades y protocolos. En primer lugar se elaboró material escrito, consistente en fichas claras, accesibles y comprensibles por todo el personal. Dichas fichas se han impreso y plastificado, y se han colocado en el box de críticos de urgencias, en el despacho de pediatría, en el control de la planta de Pediatría y junto al carro de paros pediátrico. Asimismo, se ha elaborado un protocolo recogiendo todas las patologías contempladas en estas fichas. Las situaciones clínicas tratadas han sido: 1. RCP pediátrica, 2. Intubación orotraqueal, 3. Estatus convulsivo, 4. Anafilaxia, 5. Hipertensión endocraneal, 6. Cetoacidosis diabética, 7. Sepsis, 8. Preparación de bombas con drogas vasoactivas. Para conseguir la familiarización con las fichas, aprender el manejo del paciente grave y entrenar al personal para el tratamiento del mismo, se han ido realizando cursos a lo largo del año. Se han realizado un total de 3 cursos, a los que ha asistido personal tanto médico, como enfermería y auxiliares, de los servicios de pediatría, urgencias y transporte. Los cursos realizados trataron sobre transporte pediátrico y neonatal, RCP pediátrica, vía aérea, carro de paros pediátrico y neonatal y actuación ante una parada cardiopulmonar intrahospitalaria y actuación ante paciente crítico. Estos cursos han tenido una gran aceptación por parte del personal, por lo que seguiremos realizándolos los próximos años.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los objetivos propuestos era conseguir que más del 90% de la plantilla que trabaja con niños estuviese familiarizada con estas fichas. Para lograr este objetivo se han realizado las actividades previamente descritas. Hemos observado dificultades a la hora de formar a todo el personal debido a que hay plantilla con contratos de muy breve duración.

El 100% de la plantilla fija conoce donde están las fichas y las ha revisado, al menos, una vez. Estas cifras no son tan altas en personal no fijo. Si bien a su llegada a planta, al menos, conocen donde se encuentran estas fichas para poder utilizarlas en caso de ser precisas.

Los cursos realizados han tenido número limitado de plazas, para poder ser aprovechados mejor por el personal asistente, por lo que no ha podido acudir, a fecha de hoy, todo el personal implicado en la atención de niños. Por este motivo, deseamos seguir realizándolos para continuar formando al personal, y entrenarlos en la atención del niño grave.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Todas las actividades realizadas han tenido una gran aceptación y han despertado un gran interés por parte del personal implicado en la atención del niño grave. Se ha abierto un espacio de diálogo donde el personal ha expresado sus miedos o dificultades a la hora de la atención a este tipo de pacientes. Con la creación de estas fichas y la realización de estos cursos se ha podido entrenar al personal, y practicar de forma simulada como tendría que actuar cada uno en la atención al paciente crítico. Para que todo el personal de pediatría y urgencias pueda asistir a estos cursos seguiremos realizándolos en los próximos años.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/172 ===== ***

Nº de registro: 0172

Título
ACTUACION INICIAL, ESTABILIZACION Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRITICO PEDIATRICO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0172

1. TÍTULO

ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Autores:
BARBERA PEREZ PAULA MARIA, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER, PALACIO LIESA MIRIAM, GOMEZ PORTA LAURA, LARROYA DOMPER ANA, FACI ALCALDE ELENA, VARA CALLAU MARTA, PLANA FERNANDEZ MARIANO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Paciente crítico
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En Pediatría, en el Hospital de Barbastro, atendemos un sinfín de patologías desde los 0 a los 13 años. Estas patologías van desde procesos banales a la atención del enfermo crítico. Atender al paciente crítico pediátrico supone trabajar, en muchas ocasiones, en un entorno desfavorable, con personal poco entrenado, sin todos los medios necesarios, donde no hay tiempo más que para actuar, por lo que requiere tener un adiestramiento previo y pericia. En el Hospital de Barbastro debemos atender a estos pacientes, estabilizarlos, y trasladarlos, ya que no disponemos de UCI-Pediátrica en nuestro hospital. Proporcionar a estos pacientes en estado crítico una atención adecuada y de calidad va a mejorar su evolución y pronóstico. Como, afortunadamente, no es frecuente que los recién nacidos o los niños estén gravemente enfermos, en hospitales como el nuestro el personal sanitario está poco entrenado en la atención al niño grave. Por este motivo queremos desarrollar un proyecto formativo para todo el personal que en algún momento de su práctica profesional puede tratar a un niño en estado crítico.

RESULTADOS ESPERADOS

Queremos realizar formación a todo el personal que puede estar involucrado en la atención al niño grave. Este personal serían médicos de urgencias, pediatras, residentes, enfermería, y auxiliares. Además, como exponemos en el punto anterior, en la atención al paciente crítico solo hay tiempo para actuar, por lo que, además de disponer de adiestramiento previo, debemos disponer de información escrita, clara, breve y concisa, que nos facilite la actuación, disponible para el personal en los lugares donde se atienden a estos niños.

MÉTODO

Para facilitar la formación y, sobre todo, la atención al paciente crítico pediátrico, vamos a realizar protocolos de actuación breves, sencillos de seguir por todo el personal, y muy prácticos. Se realizarán fichas, con las patologías más frecuentes, que incluyan los pasos a seguir en la atención, los fármacos a utilizar, con dosis y formas de preparación y manera de administración. Estas fichas se plastificarán y dejarán, para que todo el mundo tenga acceso a ellas, tanto en el box de críticos de urgencias, en el carro de paros de la planta de pediatría y en el control de Pediatría. Además, se dispondrá de estos documentos tanto en intranet como en los escritorios de los ordenadores de la planta de pediatría y del box de críticos. También se enviarán vía correo electrónico a la supervisora de urgencias y a la supervisora de pediatría para que difundan los protocolos a todo el personal, para facilitar que todo el mundo se familiarice con los mismos.

Todo el personal que trabaje en los servicios de urgencias y pediatría debe revisar estas fichas.

Los temas a revisar son: 1.RCP pediátrica, 2.Intubación orotraqueal, 3. Estatus convulsivo, 4. Anafilaxia, 5. Politrauma e hipertensión endocraneal, 6. Cetoacidosis diabética, 7. Sepsis, 8. Preparación de bombas con drogas vasoactivas.

El objetivo principal de la realización de estas fichas, aparte de la formación del personal, es su aplicación en la práctica clínica. En la atención de un paciente grave se deben tomar como modelo. Se podrán interpretar por parte de todo el personal, permitiendo anticiparse en la preparación y administración de medicación, en la monitorización, y el resto de acciones que se deben realizar. Esto facilitará la actuación del pediatra de guardia, y sobre todo mejorará la atención y pronóstico del paciente grave pediátrico.

INDICADORES

Junto con las fichas-protocolo, que se van a dejar en el box de críticos y en el control de la planta de pediatría, se dejará una hoja de firmas. Los objetivos es que toda la plantilla haya revisado este sistema de fichas.

- Acceso fácil y rápido, disponibilidad de fichas en los lugares donde se atiende al niño grave.
- >90% de la plantilla de urgencias y de la planta de pediatría conozca la existencia de estas fichas, donde se encuentran, y se las haya revisado en, al menos, una ocasión.

DURACIÓN

Las fichas ya se encuentran disponibles junto al carro de paros de la planta de pediatría y en el box de críticos de urgencias. En los meses sucesivos se colocarán visibles en la planta de pediatría y en el control de enfermería. Se irá colocando el fichero en todos los ordenadores y en la intranet.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0172

1. TÍTULO

ACTUACIÓN INICIAL, ESTABILIZACIÓN Y TRANSPORTE DE PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO

Posteriormente se elaborará una hoja de firmas para que todo el personal que haya revisado las fichas firme. Finalmente, según cómo evolucione la implementación de estas fichas, se harán jornadas formativas. Todo esto se llevará a cabo a lo largo de este 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 - 2019/0507

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Fecha de entrada: 30/12/2019

2. RESPONSABLE JOSE IGNACIO RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PEDIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BARBERA PEREZ PAULA MARIA
CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN
LALAGUNA MALLADA PAULA
SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER
SAHUN OBIS MARIA CARMEN
SALAS ESCRIBANO LORENA
HURTADO PONCE GABRIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de check list y aprobación por los componentes del proyecto, consensuado con Servicio de Urgencias
- Inicio registro de pacientes trasladados y cumplimentación Check-list el día 1 de julio de 2019
- Diciembre 2019: evaluación registros

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el período de estudio (1 de julio al 31 de diciembre) se realizaron 16 traslados interhospitalarios:
- Uno de ellos se hizo en vehículo propio dada la estabilidad del paciente, por lo que no era necesario cumplimentar la hoja
- Cumplimentación Check-list por parte Pediatra Emisor: 68,75% (estándar 100%). De las 11 Check-list registradas, una estaba parcialmente cumplimentadas, y en dos no constaba pegatina identificativa (aunque sí iba grapado al informe de traslado)
- Cumplimentación informe enfermería (revisado en Historia Clínica Electrónica): 37,5% (estándar 100%)
- Firma médico en Check-list: 43,75% (estándar 100%). La firma del médico responsable en informe de traslado consta en el 100%
- Registro pacientes trasladados 100% (estándar 100%)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La creación del registro de pacientes trasladado y la cumplimentación de la Check-list de transmisión de la información ha mejorado la percepción de los profesionales sobre la importancia de documentar todos los procedimientos y evoluciones que pueden surgir antes del traslado interhospitalario. Esto permite planificar y anticiparse a las posibles complicaciones que puedan surgir durante el mismo.
Es necesario continuar transmitiendo esta necesidad al resto del equipo (enfermería), para que también entreguen por escrito los registros al personal de la ambulancia.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/507 ===== ***

Nº de registro: 0507

Título
IMPLANTACION DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIATRICOS TRASLADADOS DESDE EL HOSPITAL EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Autores:
RUIZ DEL OLMO IZUZQUIZA IGNACIO, BARBERA PEREZ PAULA MARIA, CARRASCO ALMAZOR JOAQUIN, HURTADO PONCE GABRIEL, LALAGUNA MALLADA PAULA, SAHUN OBIS MARIA CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA, SANTORROMAN JOVELLAR ESTHER

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: URGENCIAS/EMERGENCIAS QUE REQUIEREN TRASLADO INTERHOSPITALARIO
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0507

1. TÍTULO

IMPLANTACIÓN DE UN CHECK-LIST PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS TRASLADADOS DESDE LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN AMBULANCIA MEDICALIZADA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La patología pediátrica es, en la mayoría de ocasiones, leve o moderada. En aquellas situaciones de gravedad, críticas, o que precisan recursos materiales y personales no disponibles en nuestro centro, es necesario el traslado en ambulancia medicalizada a un hospital de tercer nivel. En el año 2018 se realizaron más de 50 traslados de pacientes menores de 14 años a otros centros, lo que supone una media de cuatro traslados al mes. Durante la estabilización el personal se ve sometido a presión, nerviosismo, fallos en la comunicación, etc. Todo ello puede influir en la transmisión de la información al equipo de la ambulancia, uno de los momentos clave del proceso.

Está ampliamente aceptado que el factor fundamental para evitar la aparición de complicaciones que deriven en un aumento de la morbilidad y mortalidad es una adecuada planificación, consistente en: 1) estabilización previa del enfermo, 2) valoración de peligros potenciales y de las necesidades individuales, 3) necesidad de monitorización, 4) preparación del material y 5) mantenimiento de la vigilancia clínica y tratamiento instaurado en planta. La hoja de verificación o check list facilita el cumplimiento de estos pasos, mejorando la seguridad, asegurando la estabilidad del paciente y evitando posibles efectos indeseables durante el traslado.

RESULTADOS ESPERADOS

La hoja de verificación permitirá revisar de forma sistematizada la actuación en cada traslado. De esta manera podremos conocer cuáles son los puntos fuertes y cuáles son aquellos en los que se necesita mejorar. Este proyecto implica a todo el personal relacionado con la atención al niño: enfermería (paritorio, planta y Urgencias), pediatras, médicos de Urgencias, médicos de ambulancias. Se trata de un proyecto de mejora que se irá perfeccionando conforme se detecten los errores más frecuentemente realizados.

MÉTODO

Creemos una lista de verificación o check list como herramienta de ayuda para el pase o handoff de los pacientes que van a ser trasladados desde paritorio, planta o Urgencias. Esta herramienta se utilizará de manera prospectiva durante 6 meses, con el fin de detectar posibles puntos de mejora e implantarlo como un proceso sistemático en un futuro.

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

- Abril - Junio 2019: redacción y consenso check list y registro de pacientes.
- Desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2019: aplicación de la lista de verificación y registro de pacientes.
- 1 de enero-31 de enero 2020: análisis de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 13/03/2019

2. RESPONSABLE LUIS MINGUILLON ARANDA
· Profesión TECNICO/A DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VINYAS ORUS ENRIQUE
CUELLO ACIN DANIEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Para realizar la actualización del plan de autoprotección se adjudicó dicho trabajo a la empresa Inizia, empresa de ingeniería que en el año 2014 realizó el plan de autoprotección del hospital. En el presupuesto y condiciones del contrato que se formalizó con Inizia, la empresa se comprometía a realizar la actualización en el plazo de dos meses tras la visita inicial a las instalaciones del hospital de Barbastro, que fue en junio de 2018. Las visitas de la técnico de Inizia encargada de hacer el trabajo de actualización fueron realizadas, una en junio y la otra en septiembre de 2018. Por razones ajenas al hospital de Barbastro, el borrador del plan de autoprotección no fue entregado por Inizia al servicio de salud laboral hasta enero de 2019. Analizado con detalle dicho borrador, se comprueba que hay varios errores y déficits en el mismo, que son trasladados a la empresa Inizia en una reunión celebrada a principio de marzo de 2019. A fecha 13/03/2019, se está a la espera de la corrección de dichos errores en la revisión del plan de autoprotección y por tanto a la espera de la entrega definitiva del documento por parte de Inizia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

No se han podido alcanzar los objetivos planteados ya que la primera fase del proyecto, que es la actualización del plan de autoprotección, no se ha terminado, se está todavía en fase de elaboración. A partir de dicho documento de actualización deberían haberse realizado un simulacro de emergencias y distintos cursos de formación para la divulgación de dicho plan de autoprotección.

Por tanto:

Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.
Evaluación: NO (en fase de elaboración).

Indicador: Realización de simulacro.

Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

Indicador: Realización de cursos de formación específica.

Evaluación: NO (es necesario tener actualizado el plan de autoprotección).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

No deberían haberse fijado fechas tan concretas en el desarrollo y ejecución del proyecto al depender en su fase inicial de una empresa externa ajena al servicio de salud laboral del hospital. Sin esa fase inicial concluida, no ha podido desarrollarse el resto del proyecto.

7. OBSERVACIONES.

Se continúa a fecha actual con el desarrollo del proyecto.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1431 ===== ***

Nº de registro: 1431

Título
ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MINGUILLON ARANDA LUIS, VINYAS ORUS ENRIQUE, CUELLO ACIN DANIEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No procede
Línea Estratégica .: Otras

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1431

1. TÍTULO

ACTUALIZACION Y DIVULGACION DEL PLAN DE AUTOPROTECCION DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El plan de autoprotección del hospital de Barbastro no está actualizado ni divulgado adecuadamente. En este sentido, se está incumpliendo la legislación vigente, además de que, en el hipotético caso de que ocurriera una emergencia, el personal desconoce las normas de actuación, poniéndose por tanto en peligro, además de las instalaciones del hospital, la integridad física tanto de los trabajadores del hospital como de los pacientes y acompañantes.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualizar y divulgar el plan de autoprotección del hospital.

Formar al personal responsable de actuación en caso de emergencia.

Formar al personal de los distintos servicios del hospital.

El proyecto está dirigido a la integridad de los trabajadores del hospital.

MÉTODO

Cooperación con empresa externa para actualizar el plan.

Elaborar normas de actuación para cada servicio del hospital.

Realizar formación específica en cada servicio del hospital.

Realizar formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Realizar simulacro de evacuación en colaboración con bomberos.

INDICADORES

Indicador: Existencia de plan de autoprotección actualizado.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de simulacro

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

Indicador: Realización de cursos de formación específica en cada servicio del hospital acerca de la parte del plan de autoprotección que es competencia de cada servicio.

Evaluación: La medida sería SÍ/NO

DURACIÓN

Actualización del plan de autoprotección: junio-octubre 2018.

Realización del simulacro de emergencias: diciembre 2018

Formación específica en cada servicio del hospital: octubre 2018-enero 2019.

Formación específica para los trabajadores con responsabilidades dentro del plan de autoprotección: octubre 2018-enero 2019.

El responsable de todas las tareas es el técnico de prevención del hospital. Colaboradores: médico de salud laboral e ingeniero de mantenimiento.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MERCEDES GARCIA LACOMA
· Profesión PSICOLOGO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. PSIQUIATRIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

RIVAS CALVETE MARTA
ARA USIETO MARISOL
MOLES ARCOS BARBARA
DEL PINO CARO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Una vez realizadas las Reuniones con diferentes profesionales el año anterior, se continúa con las intervenciones propiamente dichas con aquellos pacientes con sospecha y/o diagnóstico de disforia de género. Se realizan actuaciones puntuales con aquellos Centros Educativos y Equipos de Orientación donde acuden los niños y adolescentes con dichos diagnósticos (apoyar a tutores, y prevenir posibles situaciones de riesgo de estigma en esos niños así como de forma explícita evitar posibles acosos de nuestros pacientes en el aula). Continuar en Sesiones Clínicas el tratamiento, en función del proceso en el que se encuentran apoyando cada fase en la que están pasando los pacientes (orientación e información a los padres, puesta en contacto con Endocrino, informes para cambio de nombre tanto en Tarjeta Sanitaria, informes para cambio de sexo en el Documento Nacional de Identidad, sesiones de tratamiento clínico del propio proceso.). Los 4 casos de los que se partía se ha añadido un caso más de un adolescente (varón que siente ser mujer), y uno de los casos con Diagnóstico de Disforia de Género, ha cambiado dicho diagnóstico en el último año. Este último caso ha sido el más precoz en edad, y en el que más dudas a nivel clínico ha suscitado en las profesionales. La literatura al respecto apunta que un porcentaje de niños y/o adolescente abandonan esta condición en la etapa en la que comienzan a realizar los cambios en imagen (ropa asignada al sexo sentido).

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se sigue trabajando con 6 casos:
Tres de ellos mantienen el diagnóstico, y actualmente viven conforme a su sexo sentido (uno de ellos lleva 2 años con hormonas, y pendiente de cirugía)
Uno de ellos ha cambiado su diagnóstico de Disforia de Género, dejando de estar en esta condición
Dos casos nuevos, adolescentes, están en proceso de cambio de imagen y pendiente de visita a Endocrino.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Las reuniones y contactos con Centros Escolares y padres ha posibilitado poner en valor no sólo la existencia de la Disforia de Género si no también la importancia de colaborar en la puesta en común de las dudas, la información y la lucha contra el estigma de estos niños y adolescentes así como sus familias. Se sigue echando de menos un Servicio U.T.I.C. en nuestra Comunidad Autónoma que sea referente para este tipo de casos, que pudiera acompañar a los casos más dudosos así como a los profesionales. El Equipo de Trabajo de este Plan da por concluido este año el Plan de Mejora, siguiendo trabajando y mejorando la línea que ha ido estableciendo respecto a esta casuística

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/871 ===== ***

Nº de registro: 0871

Título
ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA (DSM-5)

Autores:
GARCIA LACOMA MERCEDES, ARA USIETO MARISOL, RIVAS CALVETE MARTA, LALAGUNA MALLADA PAULA, MOLES ARCOS BARBARA, PINA BORRUEL CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: USM INFANTO JUVENIL BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Niños

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENCIÓN CON PACIENTES CON DISFORIA DE GÉNERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Tipo Patología : Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Disforia de Género
Línea Estratégica . : Salud Mental
Tipo de Objetivos . :
Otro tipo Objetivos:

Enfoque : Otro (especificar en siguiente punto)
Otro Enfoque. : Mejora en las diferentes fases de intervención de los pacientes con Disforia de Género y sus familias

PROBLEMA

En este último año han sido remitidos a la USMIJ, dos niñas y un niño menores de 10 años, así como un adolescente varón con problemas de identidad sexual. Tras 10 años de trayectoria de la Unidad, tan sólo se había remitido un adolescente de 17 años, que ya vivía y vestía con forme a su identidad psicológica, donde la demanda era el tratamiento hormonal. Esta nueva situación ha supuesto para el Equipo un gran reto. La manifestación en menores de disconformidad con su identidad de género supone tanto a nivel familiar como escolar, una consternación, una situación de especial vulnerabilidad que puede llegar a provocar problemas de integración o de rechazo social así como desembocar en abandono o fracaso escolar, además de sufrimiento añadido del menor y la familia. Las dificultades a las que pueden enfrentarse las personas transexuales aconsejan desarrollar actuaciones que permitan atenderlas adecuadamente en el ámbito educativo, contando con sus familiares y su entorno, para conseguir su plena integración social, y evitar posibles situaciones de rechazo, discriminación o transfobia. Por todo ello es necesario abordar estas situaciones proporcionando información y formación a la comunidad educativa y favoreciendo el aprendizaje y la práctica de valores basados en el respeto a las diferencias y en la tolerancia a la diversidad sexual. Puesto en que en nuestro Sector no existía experiencia previa sobre el tema y a nivel de la Comunidad Autónoma todavía se están definiendo las líneas de actuación respecto a los menores con esta problemática, nos planteamos planificar el modelo de asistencia integral y coordinada entre todos los profesionales implicados. En definitiva, nos encontramos sin protocolos de actuación propios tanto a nivel sanitario como a nivel educativo en Aragón, y con unos menores y familias y profesorado que demandan unos planes de actuación.

RESULTADOS ESPERADOS

- Información clara del algoritmo asistencial de pacientes menores y adolescentes con disforia de género en Aragón. Antecedentes y situación actual
- Establecer actuaciones coordinadas entre los profesionales implicados tanto a nivel clínico (pediatras, endocrinólogos), como psicológico (USMIJ), como educativo (centros educativos) para poder dar una respuesta integral a los pacientes garantizando el diagnóstico, acompañamiento y seguimiento.

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de la literatura científica, así como a protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)
 - Reunión con los profesionales que atienden la Disforia de Género en Aragón, con el objeto de esclarecer cuál es la realidad clínica en nuestra Comunidad a este respecto, si existen profesionales de referencia suscritos por el Salud a quienes se puedan remitir para confirmación de diagnóstico, etc.
 - Reunión y Formación con el Grupo de Trabajo de Pediatría Endocrinológica Hospitalaria
 - Contactar con Asociaciones de usuarios de disforia de género
 - Reuniones de trabajo con Pediatras y Médicos de atención Primaria.
 - Reuniones de Trabajo con los Orientadores y Equipo Directivo de los diferentes centros escolares de los menores
 - Establecer líneas claras de actuación a nivel escolar (ayuden al menor en la integración de los centros, información a profesores, información a padres ...) a través de Charlas de sensibilización.
 - Establecer líneas estratégicas de actuación en la USMIJ a nivel clínico.
- Los responsables de realizar las actividades serán los componentes del equipo del Plan de Mejora de Calidad.

INDICADORES

- Reuniones realizadas con los diferentes profesionales de Salud y de Educación
- Reuniones realizadas con Asociaciones de usuarios
- Visitas clínicas a alguna unidad específica.
- Cursos de Formación para el equipo de trabajo de este proyecto.
- Documento de consenso entre los profesionales (previas consultas con las Direcciones respectivas)
- Actuaciones clínicas y educativas con los usuarios y familias (Intervenciones clínicas, formación y sensibilización a través de charlas por los diferentes centros educativos a familias y profesionales)

DURACIÓN

- mayo -septiembre (búsqueda bibliográfica, contactos con diferentes profesionales sanitarios)
- octubre-diciembre (reuniones con los diferentes profesionales sanitarios implicados y que están trabajando en disforia de género; primeras reuniones con Asociaciones de afectados y educadores; remisión para confirmación de diagnóstico al profesional de referencia.
- enero -mayo (implementación de las actuaciones mínimas que faciliten la integración y respeto a su identidad de los niños atendidos por esta problemática). Primer documento de consenso.
- junio (borrador del documento de consenso conjunto entre profesionales sanitarios y de la educación del Sector)
- octubre (revisión del borrador, incidencias etc)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0871

1. TÍTULO

ESTRATEGIA DE MEJORA EN LA INTERVENICION CON PACIENTES CON DISFORIA DE GENERO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 10/03/2019

2. RESPONSABLE EMMA PARDENILLA VIÑUALES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PUEYO VICENTE YOLANDA
COSTA BRUALLA CRISTINA
BOIX GONZALEZ ANA MARIA
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA
ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN
PORTABALES PEREZ MERCEDES

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se ha realizado un Protocolo de actuación en pacientes alérgicos al látex ante una intervención quirúrgica, por lo cual se han revisado todos los almacenes, quirófanos y estancias dentro del Servicio de Quirófano para saber que material, instrumento de trabajo y mobiliario contenía látex o estaba exento, realizando unos listados donde se especifica claramente.

Se ha promocionado el Protocolo, estando aprobado, colgado en Intranet y a disposición de todo el personal . Marzo 2018

Se ha imprimido el Protocolo, dejándolo en el Esperacamas de quirófono (preparación de pacientes), en un lugar señalado y puesto en conocimiento de todo el personal, incluido URPA. Abril 2018

Se realiza una sesión formativa al personal del servicio de quirófono y URPA (Enfermeras y Tcaes) a la que acuden 36 personas, y donde se expone un Power Point. Diciembre 2018

Durante todo el año se lleva un registro de todos los pacientes alérgicos al látex intervenidos quirúrgicamente, donde se determina si se ha llevado a cabo el protocolo y si han ocurrido incidencias (7 pacientes y 1 incidencia) . Enero a Diciembre 2018

Se acuerda con los Servicios quirúrgicos y con el Servicio de admisión, como actuar ante la inclusión en la lista de espera quirúrgica a los pacientes alérgicos al latex para una realización correcta de la misma. Mayo 2018

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Indicadores utilizados:

-Protocolo realizado: Si

-Listado de pacientes alérgicos al látex: Si

-Actualización en la historia clínica: Si

-Número de sesiones: 1

-Número de asistentes: 36

El personal de quirófono tiene ahora una línea clara de actuación cuando acude un paciente alérgico al látex, sabe que existe un protocolo y como tiene que seguirlo.

El proyecto ha resultado ser muy útil para el personal del Servicio de Quirófono, utilizándolo como referente cuando se dan casos de personas alérgicas al látex.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Los integrantes del proyecto de mejora nos hemos dado cuenta de que el material existente en un quirófono es enorme y está en continuo cambio debido a las nuevas necesidades y a los continuos cambios de casas comerciales, por lo que realizar los listados ha sido una tarea ardua y de difícil realización.

No obstante creemos firmemente en la importancia del trabajo realizado, ya que se aumenta la seguridad para los pacientes alérgicos al látex intervenidos en el servicio quirúrgico del hospital de Barbastro.

El proyecto se ha realizado por la motivación y dedicación del equipo, por lo que estamos muy satisfechos y hemos tenido unos estupendos resultados .

Queda pendiente el cambio de material no fungible con látex por uno sin látex, ya que durante todo el año se incide en la necesidad de cambiar el material que contiene látex por otro exento (ej. Ambus), siempre que las posibilidades económicas lo permitan, estando a la espera de respuesta, de momento no se ha cambiado, pero decidimos que el proyecto está finalizado.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/22 ===== ***

Nº de registro: 0022

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Título
MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
PARDENILLA VIÑUALES EMMA, PUEYO VICENTE YOLANDA, COSTA BRUALLA CRISTINA, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, ERAS SALINAS MARIA DEL CARMEN, PORTABALES PEREZ MERCEDES

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Enfermedades alérgicas inmunológicas
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Los casos de pacientes alérgicos al latex han aumentado en los últimos años y el personal de quirófano(enfermeros,técnicos auxiliares de enfermería,celadores) no tenemos una linea clara de actuación ante estos pacientes.
También es sabido que uno de los grupos que más sensibilidad tiene al látex son los trabajadores sanitarios y en concreto el personal de quirófano.
Existe material que contiene latex y hay que actuar con celeridad en el caso de un paciente con una posible alergia al latex que vaya a ser intervenido.
El material de quirófano está cambiando constantemente debido a la innovación y a los continuos cambios de casas comerciales que nos suministran.
Por todo esto pretendemos dotar de conocimientos necesarios y una guía clara de actuación al servicio de quirófano del Hospital de Barbastro así como la eliminación de todo el material que pueda ser sustituido por uno libre de latex .

RESULTADOS ESPERADOS
Estandarizar y unificar cuidados, aumentando el conocimiento del personal del servicio de quirófano, sobre como actuar ante posibles pacientes alérgicos al latex que vayan a ser intervenidos.
Eliminar el material de quirófano que contenga látex y cambiarlo por material exento de látex siempre que sea posible y si no es así saber como resolver la situación.
Actualizar los listados de material que contenga látex.
Mejorar la calidad del trabajo del personal del servicio de quirófano ante un paciente alergico al latex.

MÉTODO
Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica.
Imprimir hojas del protocolo.
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirurgicamente.
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes.

INDICADORES
Protocolo realizado : (SI - NO)
Listado de pacientes alérgicos al latex : (SI / NO)
Actualización en la historia clínica : (SI / NO)
Número de sesiones:
Número de asistentes:

DURACIÓN
Realizar protocolo de actuación en pacientes alergicos al latex ante una intervención quirurgica..... Marzo 2018
Imprimir hojas del protocolo.....Marzo 2018
Sesión formativa al personal del servicio quirúrgico...De marzo a septiembre 2018.
Realizar un registro de los pacientes alergicos al latex intervenidos quirúrgicamente....De enero a diciembre del 2018
Análisis de la situación y acciones para mejorar las actuaciones ante estos pacientes...Enero 2019.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0022

1. TÍTULO

MEJORA ASISTENCIAL ANTE PACIENTES ALERGICOS AL LATEX EN EL QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE MONICA BALLABRIGA GONZALEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. QUIROFANOS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ESPUÑA GARANTO MERCEDES
FRANCES ROMERO HELENA
ESPIN UTRERA MARIA JOSE
BOLEA TOLOSANA SIRIA
BOIX GONZALEZ ANA MARIA
MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA
BENTUE OLIVAN LUCIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Durante este año 2018 se ha realizado una presentación con fotografías para facilitar la correcta preparación de la medicación sobre la que estamos trabajando. Se ha empezado a realizar el diseño de una hoja de registro de pacientes a los que se les aplica el tratamiento, en la que se recojan los datos necesarios para el estudio.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
No se ha alcanzado todavía ningún resultado, ya que debido a la poca frecuencia de aplicación de este tratamiento actualmente en el servicio de quirófano, no se han podido recoger datos suficientes para el estudio.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
No se han podido obtener conclusiones dada la no finalización del estudio.

7. OBSERVACIONES.
Pendientes de realizar las sesiones formativas al personal de la unidad, y la valoración de los datos recogidos en la hoja de registro.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/895 ===== ***

Nº de registro: 0895

Título
ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINA HUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
BALLABRIGA GONZALEZ MONICA, FRANCES ROMERO HELENA, ESPUÑA GARANTO MERCEDES, BOLEA TOLOSANA SIRIA, ESPIN UTRERA MARIA JOSE, BOIX GONZALEZ ANA MARIA, MONTERROSO BLANCO CARMEN MARIA, BENTUE OLIVAN LUCIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afecten al mecanismo de la inmunidad
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Existen pacientes con deficiencia de factores de coagulación, tanto congénita como adquirida, que precisan una intervención quirúrgica, ya sea programada o urgente, en la que se presenta un riesgo real de hemorragia intraoperatoria que compromete la vida del paciente. Para evitar errores que repercutan en la seguridad de

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0895

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE NORMAS DE APLICACION DE PROTROMBINAHUMANA EN PACIENTES CON RIESGO DE SANGRADO INTRAOPERATORIO EN EL SERVICIO DE QUIROFANO DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

estos pacientes se precisa la correcta preparación y administración de un complejo de protrombina humana de los factores de coagulación II, VII, IX y X, que disminuyan de forma significativa el riesgo de hemorragia de los pacientes afectados por esta deficiencia

Es importante conocer el procedimiento de preparación del complejo, la vía y el tiempo de administración, puesto que se trata de una medicación de uso poco frecuente y con una técnica diferente a las medicaciones habituales. Por eso la necesidad de elaborar una guía que unifique pautas de actuación para el personal del servicio y garantice la seguridad del paciente, que disminuya el riesgo de hemorragia y aumente la supervivencia.

RESULTADOS ESPERADOS

Estandarizar y unificar en el servicio de quirófano los criterios de aplicación de protrombina humana en los casos en los que se precise, aumentando así los conocimientos del personal del servicio sobre la actuación a llevar a cabo, para mejorar el grado de seguridad del paciente con grave riesgo de hemorragia o hemorragia activa intraoperatoria. Divulgar en el servicio la correcta preparación y administración intravenosa del complejo de protrombina

MÉTODO

- realizar guía de pautas de actuación en caso de pacientes que requieran tratamiento con complejo de protrombina humana.
- Elaborar posters informativos con los pasos a seguir, accesibles para todo el personal.
- Sesiones formativas dirigidas al personal

INDICADORES

- Realización de la guía de pautas de actuación (si/no)
- N° de sesiones formativas
- N° de asistentes a las sesiones formativas
- N° de intervenciones quirúrgicas que se posponen por el retraso en la administración del tratamiento
- N° pacientes en los que ha mejorado el INR / n° pacientes que han recibido tratamiento con prothromplex.

DURACIÓN

- Elaboración de la guía de pautas de actuación en la aplicación de protrombina humana endovenosa: noviembre 2018
- Diseño de poster informativo: diciembre 2018
- Sesiones formativas dirigidas al personal: diciembre 2018 - enero 2019
- Registro de tratamientos aplicados y resultados de INR pre y post tratamiento: de mayo de 2018 a marzo 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 - 2016/0454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 14/01/2018

2. RESPONSABLE JORGE AZANZA PARDO
• Profesión FISIOTERAPEUTA
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. REHABILITACION
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
RAMON BUISAN ROSARIO
SANMARTIN SATUE CONCEPCION
SUELVES MONTES PILAR
VELASCO GOMARA SOLEDAD
SUBIAS TRICAS MERCEDES
BROTO BALLARIN MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

El calendario de actividades marcado se ha llevado a cabo según lo previsto. Tras la valoración de los datos susceptibles de figurar en la nueva ficha de tratamiento y realizar el correspondiente diseño y maquetación de la misma. Se implanta el nuevo modelo como herramienta de trabajo, se realizan la encuesta de satisfacción de los profesionales y la valoración de los indicadores propuestos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Mediante el proyecto planteado se conseguido:

- Mejorar la intercomunicación. Mejorando los procesos organizativos y de administración. Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales. Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

Indicadores utilizados:

- Indicador: Grado de implantación.

Resultado: 100%. La implantación es total ya que el se dejó de lado el antiguo modelo y se trabaja únicamente con el nuevo.

- Indicador: Porcentaje de cumplimentación adecuada.

(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha de comienzo a fin de sesiones).

Resultado: 90%. Se han detectado algunos errores, heredados del anterior modelo. Fallos que deberían mejorar.

- Indicador: Grado de satisfacción de los profesionales

(Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto).

Resultado: Tras evaluar los resultados de la encuesta de satisfacción se puede destacar como dato relevante que un 100% de los trabajadores cree que se ha mejorado presentación y legibilidad de la información, mejorando los procesos organizativos y de administración.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- La modificación de la ficha de paciente ha dotado de mejor accesibilidad al mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes. Además la implicación por parte de los terapeutas es importante.
- La realización del proyecto se da por terminada, si bien como cualquier procedimiento siempre es susceptible de poder mejorarse.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/454 ===== ***

Nº de registro: 0454

Título
ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0454

1. TÍTULO

ACTUALIZACION DE LAS FICHAS DE TRATAMIENTO DEL SERVICIO DE REHABILITACION

AZANZA PARDO JORGE, RAMON BUISAN ROSARIO, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, SUELVES MONTES PILAR, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUBIAS TRICAS MERCEDES, BROTO BALLARIN MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Susceptible de tto. rehabilitador
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Procesos organizativos o de administración
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La ficha de tratamiento es una herramienta utilizada en el servicio para la comunicación entre facultativo y fisioterapeuta, en ella se reflejan los datos más significativos del tratamiento y además es un elemento de control al usuario que acude al servicio como paciente. Con el paso del tiempo los datos relevantes han ido cambiando y modificándose. El proyecto pretende adaptar las fichas a los requerimientos que existen en la actualidad y dotar de mayor orden y claridad los datos que recogen.

El proyecto surge por la necesidad de gestionar de manera más eficiente esta información. Aportando como ventajas mayor legibilidad, claridad y orden de los datos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la intercomunicación.
- Mejorando los procesos organizativos y de administración.
- Facilitar la accesibilidad y disponibilidad de los datos del paciente, garantizando la confidencialidad.
- Aumentar el grado de satisfacción de los profesionales.
- Mejorar la presentación y legibilidad de la información relativa a los pacientes.

MÉTODO

- Valorar qué datos son susceptibles de figurar en la ficha de tratamiento.
- Diseñar y maquetar la ficha.
- Implantación parcial a modo de prueba.
- Evaluación. Encuesta de satisfacción de los profesionales.
- Modificación o implantación completa del Proyecto.

INDICADORES

- La monitorización del Proyecto consistirá en el análisis de :
- Correcta cumplimentación
 - Grado de satisfacción de los profesionales

Los indicadores de medida que se utilizarán serán:

- Porcentaje de cumplimentación adecuada.
(Revisión 50 fichas de tto. Elegidas al azar de los pacientes dados de alta de tratamiento durante el año 2016. Se revisa que esté cumplimentada de acuerdo a la leyenda que figura en la propia ficha de tratamiento desde fecha comienzo a fin de sesiones.)
- Encuesta de satisfacción de los profesionales tras la implantación del proyecto.

DURACIÓN

- Elaboración de la propuesta de iniciativa de mejora de la calidad: Octubre 2016
- Valoración de datos susceptibles: Octubre de 2016.
- Diseño de ficha: Octubre de 2016.
- Implantación del Proyecto: Diciembre de 2016.
- Monitorización de indicadores y resultados: Diciembre de 2016 - Enero de 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1777

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Fecha de entrada: 09/02/2018

2. RESPONSABLE BEATRIZ COSCUJUELA ROMAN
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARIN GASPAR ELENA MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Reuniones periódicas de los médicos del Servicio de Rehabilitación del H.Barbastro para adecuar el Plan de Atención al Ictus de Aragón a nuestro Sector.

Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de "ICTUS" eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

Se han registrado los datos de las interconsultas recibidas desde el 1-6-17 hasta el 31-12-17.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1777 ===== ***

Nº de registro: 1777

Título
EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO JOAQUINA, MARIN GASPAR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema nervioso
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1777

1. TÍTULO

EVALUACION MEDICA REHABILITADORA DEL PACIENTE CON ICTUS EN LAS PRIMERAS 24/48H DESDE QUE SE RECIBE LA HOJA DE CONSULTA

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Se denomina "ictus" al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. El ictus es una enfermedad de gran impacto en la vida personal y social. Constituye la primera causa de muerte entre las mujeres y la segunda en el total de la población. Se plantea este Proyecto con el objetivo principal es realizar una valoración por un médico Rehabilitador en las 24-48h desde la recepción de la Hoja de Colaboración.

RESULTADOS ESPERADOS

Establecer un proyecto piloto en el que se pone a prueba si las interconsultas realizadas desde Hospitalización con motivo de "ICTUS" eran valoradas por un médico Rehabilitador en las 24-48 h desde su recepción.

MÉTODO

La llegada a la unidad de hospitalización implica que durante la estancia se lleve a cabo la valoración, tratamiento, cuidados e inicio precoz de la rehabilitación.

La rehabilitación tiene que empezar tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Los pacientes que inician la rehabilitación durante la primera semana después del ictus tienen menos discapacidad y mejor calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde.

INDICADORES

Del total de interconsultas recibidas desde Neurología con motivo de pacientes con ictus, un 94,44% (51/54) fueron valorados en las primeras 24-48h y por lo tanto dentro del margen establecido por nuestro Servicio. El objetivo principal de realizar esta valoración precoz es el participar en la continuidad asistencial del paciente y mantener un tratamiento Rehabilitador hasta la ausencia de objetivos.

DURACIÓN

Viendo que los resultados de este proyecto piloto son positivos, se pretende su puesta en marcha con la colaboración del Servicio de Neurología para poder realizar una pronta captación, evaluación y adecuado seguimiento del paciente con ictus durante la estancia hospitalaria, y contribuir en la planificación del destino al alta.

Tenemos previsto incluir para 2018, el indicador de inicio precoz de tratamiento rehabilitador tras su indicación por el medico rehabilitador.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1778

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Supervisión diaria por los facultativos del Sº de Rehabilitación de las IC procedentes de otros Servicios, para establecer la prioridad de citación según modelo consensuado
-Puesta en marcha de la IC telemática (a partir de Noviembre de 2017)
-Sesión clínica semanal del Servicio para la valoración y organización del trabajo
Actividades desarrolladas desde Junio-Diciembre de 2017 con la incorporación de los tres facultativos a jornada completa

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión. Se han comparado los datos recogidos en los años 2016/2017.

Nuestro objetivo era superar el resultado del año anterior.

Hemos conseguido:

-Un Incremento del 10,51% en el número de primeras visitas (2825/3122)
-Una reducción en la relación sucesivas/primeras visitas de 1,73 a 1,52
-Un incremento del 2% en el número total de consultas(7.716/7.869)
- Un Incremento del 6,63% de pacientes dados de alta (17,19%/23,82%)
-No hay lista de espera en las IC valoradas por los médicos rehabilitadores con prioridad máxima

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El objetivo para el ejercicio 2017 era profundizar en el análisis de la realidad, impulsando nuevas líneas de trabajo y actuaciones que contribuyeran a garantizar de forma efectiva la accesibilidad a nuestro Servicio, a agilizar la gestión de la lista de espera en patologías que por razones clínicas y sociales menos deben esperar, así como a optimizar nuestros recursos.
Aun consiguiendo mejores resultados que el año anterior, queda pendiente mejorar la coordinación asistencial entre profesionales (rediseñar circuitos de citación, acuerdos de derivación), potenciar las relaciones y así aumentar el grado de satisfacción, ya que hemos observado durante este año un progresivo aumento de la demanda. Se ha incrementado un 37,4%(2001/3.192) el número de IC realizadas desde AP, factor que influye en la accesibilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1778 ===== ***

Nº de registro: 1778

Título
DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA 1ª VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAS ELENA, MARTINEZ GONZALEZ ANA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: todo tipo de patología susceptible de provocar discapacidad
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1778

1. TÍTULO

DISMINUCION DEL NUMERO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA PRIMERA VISITA EN CCEE DE REHABILITACION

PROBLEMA

En nuestro sistema sanitario público (SALUD) consideramos al paciente como eje principal. Nuestros principios rectores son garantizar la equidad de acceso a los servicios y actuaciones sanitarias, por lo que debemos tomar medidas de mejora de eficiencia y optimización de recursos. Pretendemos corregir la tendencia al alza y reducir los tiempos de demora detectadas en nuestro Servicio para patologías en las que prolongar la espera puede derivar en que las lesiones se agraven y queden secuelas. Mediante la IC telemática, la supervisión por los facultativos del Servicio RHB de las IC recibidas, estableciendo la prioridad según código consensuado y el manejo de los tiempos de tratamiento y seguimiento en el paciente crónico, pretendemos agilizar lista de espera, realizar consultas de alta resolución y obtener el máximo rendimiento del Servicio.

RESULTADOS ESPERADOS

-Resultados que esperamos conseguir: Reducir número de lista de espera de interconsultas urgentes y preferentes (pacientes que por la gravedad de su patología es prioritario el inicio precoz de RHB), optimizar el rendimiento del Servicio (consulta de alta resolución, indicación/tiempo de tratamiento rehabilitador)

MÉTODO

Acciones previstas para lograr los objetivos:

- Desarrollo de la IC telemática
- Priorización por los FEA RHB de las IC realizadas desde otras especialidades
- Coordinación asistencial entre profesionales (rediseñar circuitos de citación, potenciar la consulta no presencial, acuerdos de derivación)
- Reuniones clínicas semanales del Servicio para la valoración y organización de la actividad asistencial, el control y seguimiento de los tratamientos y desarrollo de actividades de formación

INDICADORES

El seguimiento de los cuadros de mando nos permite evaluar la eficacia y eficiencia de nuestra gestión.

Nuestro objetivo es superar el resultado del año anterior, consiguiendo:

- un incremento del número total de consultas realizadas, a favor de primeras visitas
- mejorar la relación sucesivas/primeras
- reducir lista de espera para IC urgentes
- mayor número de altas

DURACIÓN

La duración prevista para el análisis y revisión es anual, aunque la incorporación al Servicio a tiempo completo de los tres facultativos responsables se realiza a partir de Junio de 2017. Los resultados se obtienen en relación al cuadro de mando del año 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1779

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Fecha de entrada: 12/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CASAS LAZARO JOAQUINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos hemos reunido en varias ocasiones y hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información dada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso. Hemos realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva valorando las diferencias evolutivas en pacientes con buen acceso a información respecto a los que no. Los pacientes con buen acceso a la información evolucionan de forma más satisfactoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado una hoja informativa para pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, la cual está pendiente de entregar al servicio de calidad. En dicha hoja se explican cuidados, medidas antiluxación y ejercicios a realizar en pacientes intervenidos de prótesis total de cadera.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Nos queda pendiente entregar la hoja informativa al servicio de calidad y su posterior aprobación. Dicha hoja será entregada a los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera por el médico rehabilitador el primer día de su valoración.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1779 ===== ***

Nº de registro: 1779

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

Autores:
MARIN GASPAR ELENA MARIA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO JOAQUINA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La sustitución de cadera por una prótesis es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas hoy en día debido al aumento de la esperanza de vida de la población y a la enorme tasa de éxito que tiene en el alivio de los síntomas causados por la artrosis de cadera. Hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera, observando que la información proporcionada es deficitaria y que presentan múltiples dudas acerca del proceso. Se plantea este proyecto con el objetivo de mejorar el acceso a la información de estos pacientes.

RESULTADOS ESPERADOS

Entregar una hoja informativa a todos los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera en el Hospital de Barbastro. En dicha hoja se explican medidas anti luxación, cuidados y ejercicios.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1779

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE CADERA

MÉTODO

Los pacientes intervenidos de prótesis total de cadera son valorados por el servicio de rehabilitación durante el ingreso o de forma ambulatoria.

Se entregará al paciente la hoja informativa el primer día de valoración

INDICADORES

El indicador que usaremos será entrega a todos los pacientes vistos por el servicio de rehabilitación de la hoja informativa respecto al total de intervenidos de prótesis total de cadera

DURACIÓN

Se pretende su puesta en marcha en 2018

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Fecha de entrada: 21/01/2019

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ GONZALEZ ANA
ARAGON SANZ MARIA ANGELES
REMACHA GARCIA MARIA JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se incorpora la consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) a la Cartera de Servicios del hospital.

Se crea el grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico. Integrado por una ginecóloga, una uróloga, una médico rehabilitadora, una fisioterapeuta y una matrona.

Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.

Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.

Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.

Se lleva a cabo la oferta formativa a través de programa focuss 16015 "Rehabilitación de las disfunciones de suelo pélvico", seleccionando en la edición del 2018 a profesionales de los Centros sanitarios de Ejea de los Caballeros, Graus y hospitales de Alcañiz y Clínico de Zaragoza.

Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos. Marzo 2018.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%

Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%

Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año: 28/1136

Número de sesiones/año: 1428.

Nº partos vaginales/año: 580

Desgarros perineales/año: 40%. De los cuales 69% corresponden a grado I, 28% grado II y 3% grados III - IV.

Episiotomías/año: 30%

Embarazadas en consulta PDP/año2018: 25 pacientes.

Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:

<https://www.surveio.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCKfm4E.email> Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:

¿Cómo conociste la existencia de la consulta?

Por un conocido	13	52 %	
En el propio Servicio de Rehabilitación	3	12 %	
Por medio de la matrona	7	28,0 %	
Por medio del ginecólogo	0	0 %	
Otro (Por favor especifica)	2	8 %	

En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.

En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:

"Que el servicio de prevención se extendiera a los centros de salud de las principales localidades del ámbito comarcal del hospital porque considero que es una excelente prestación de apoyo al embarazo"

"Creo que es un servicio totalmente necesario, como prevención para posibles desgarros en el parto. Tanto la atención como las explicaciones e información facilitada por el fisioterapeuta han sido muy correctas."

"Que desde las matronas de atención primaria se informara de este servicio, puesto que yo me enteré por una amiga, de no ser así me hubiese perdido esta oportunidad tan útil y necesaria"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y trasmisión de la información desde la Atención Primaria. Para ello, se recomiendan sesiones clínicas en los centros de salud para dar a conocer la Unidad. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan.

Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico y los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar. Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.

Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatactomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc).

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/57 ===== ***

Nº de registro: 0057

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CASUÍSTICA:
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad.
Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

MÉTODO ACTIVIDADES

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar

".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

.Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"

Sala de tratamiento individualizado .

Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Realización de curso por personal multidisciplinar

"preparación perineal preparto": SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes, administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y puérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

DURACIÓN

Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

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 - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE RUTH FERNANDEZ SANCHEZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ARAGON SANZ MARIA ANGELES
REMACHA GARCIA MARIA JOSE
MATA ORUS MARIA
NAVARRO GIL MARTA
BOSCH ALCOLEA ELISABETH
SESE PIQUER MARIA ANGELES
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La consulta de PDP (Prevención de Desgarros Perineales durante el parto) funciona de forma normalizada. El grupo de trabajo interdisciplinar de la Unidad de Suelo Pélvico se ha completado para abarcar a todas las profesionales que pueden intervenir en el proceso de atención a los pacientes con una disfunción de suelo pélvico. Integrado por una ginecóloga, una uróloga, una médico rehabilitadora, dos fisioterapeutas, dos matronas de Partos y una matrona de Atención Primaria.
Consulta de suelo pélvico: Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Electroterapia. Bomba de vacío. Tratamiento individualizado y/o grupal.
Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior.
Sensibilizar a las matronas de A.P: Se han repartido y explicado los folletos a las matronas, para que colaboren en su divulgación.
Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.
Adquisición de recursos materiales: material específico de consulta y tratamiento.
Talleres dirigidos a alumnos de secundaria del Instituto Martínez Vargas (Escuela promotora de salud). Participan 75 alumnos, 16/Mayo/2019. Elaboración de encuestas para la valoración de los alumnos.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Cuestionarios de calidad de vida: 90%
Valoración escalas Laycock, Oxford modificada y PERF en 1ª consulta fisioterapia: 90%
Pacientes en tto de SP/año: 148.
Número de sesiones/año: 5188.
Nº partos vaginales/año: 547
Desgarros perineales/año: 38%: 13% corresponden a tipo vaginal, 16% grado I, 7% grado II y 2% grados III - IV.
Episiotomías/año: 24%
Embarazadas en consulta PDP/año2019: 19 pacientes.
Satisfacción de las pacientes en la consulta PDP: Se mide mediante cuestionario que se envía al 100% de las embarazadas, al finalizar a través de e-mail y pinchando en el enlace:
<https://www.survio.com/survey/d/F9M4E7T9U9A3K5U9P#.Vt1PQCKfm4E.email> Entre los resultados obtenidos se incluye, como muestra, la pregunta:
¿Cómo conociste la existencia de la consulta?
Por un conocido 47,4 %
En el propio Servicio de Rehabilitación 10,5 %
Por medio de la matrona 31,6 %
Por medio del ginecólogo 0 %
Otro (Por favor especifica) 10,5 %
En la evaluación del trabajo de la fisioterapeuta y la opinión sobre la privacidad que brinda la consulta, se obtienen las puntuaciones más altas, de 5 sobre 5, en todas las respuestas.
En el apartado para que la embarazada exprese su valoración, se reflejan literalmente algunos de los comentarios expresados por ellas como:
"Que dieran más información tanto en la matrona como en las consultas de obstetricia ya que es una consulta que se conoce poco"
"El servicio y la fisioterapeuta están genial, pero considero que debería haber más información desde la matrona y el ginecólogo para conocerlo."
"Mayor difusión o información para conocer la técnica"

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La proporción de embarazadas atendidas en la consulta de prevención es pequeña, respecto al número de partos vaginales. Se debe insistir en la divulgación y transmisión de la información desde la Atención Primaria. Aunque el porcentaje de pacientes informadas por su matrona ha aumentado, respecto al año anterior, hemos pensado realizar sesiones clínicas personándonos en cada centro de salud, haciéndolas extensivas, no sólo a

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

las matronas, sino también a los médicos de familia. Aún no ha sido posible realizarlas. La difusión a través de los folletos se hace extensiva a las consultas de tocoginecología, y no sólo en los centros de salud. Esperamos que, si el número de embarazadas atendidas en la consulta PDP aumenta, los porcentajes de desgarros y episiotomías disminuyan. Se valora positivamente el funcionamiento de la consulta de suelo pélvico. El número de pacientes con disfunciones de suelo pélvico tratados en la consulta ha pasado de 28 en el año 2018 a 148 en el 2019, llegando a realizar 5188 sesiones de tratamiento. También valoración positiva de los talleres formativos. Se le dará continuidad en cada curso escolar. Aprovecharemos las plataformas de divulgación que surjan, como la participación en las semanas culturales de los pueblos para llegar a más población y educación no formal mediante charlas.

7. OBSERVACIONES.

Nos queda mucho trabajo por hacer. La creación y funcionamiento de la consulta es una realidad ilusionante, pero creemos que no nos podemos conformar con esto. Hay que continuar con la prevención y tratamiento, de todos los daños que se pueden producir a lo largo de la vida en el suelo pélvico de la mujer, las disfunciones del hombre (prostatactomías, neovejigas, fibrosis, disfunción eréctil, etc) y las de los niños (enuresis, encopresis, hiperactividad vesical, extrofia vesical, etc). Para este fin, se plantea la posibilidad de incluir a una pediatra en la Unidad multidisciplinar.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/57 ===== ***

Nº de registro: 0057

Título
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCION A LA PATOLOGIA DEL SUELO PELVICO

Autores:
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, MARTINEZ GONZALEZ ANA, ARAGON SANZ MARIA ANGELES, REMACHA GARCIA MARIA JOSE

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad, Sobre inputs/consumos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
CASUÍSTICA:
La prevalencia de disfunciones como la IU varía en los diferentes estudios del 3 al 43% y, según datos del estudio Epidemiology of Urinary Incontinence in Nord-Trondelag (EPINCOT), es más frecuente a partir de los 55 años de edad. Las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, hacen que síntomas como la urgencia miccional o la IUE se expresen más frecuentemente en mujeres.

RESULTADOS ESPERADOS
OBJETIVOS

Mejorar la calidad de la atención al usuario que es escuchado y valorado respecto a unos síntomas de gran impacto psicosocial.

Aliviar su sentimiento de frustración, culpa, vergüenza y pérdida de autoestima y confianza en sí mismo.

Favorecer la relación interdisciplinar de los profesionales implicados en la Unidad de SP

Promover actividades de formación de los sanitarios implicados

Promover la educación para la salud, mediante técnicas de prevención de disfunciones posteriores al parto.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

Disminuir la incidencia de desgarros perineales en la fase de expulsivo.

Aumentar el grado de satisfacción de las pacientes embarazadas.

MÉTODO

ACTIVIDADES

Incorporar la consulta de PDP a la Cartera de Servicios del hospital.

Crear la consulta de suelo pélvico específica

Crear grupo de trabajo interdisciplinar

".Consulta de suelo pélvico:Dirigida al diagnóstico y tratamiento de disfunciones. Anamnesis, calendario miccional, cuestionario de calidad de vida, valoración de la disfunción de suelo pélvico, métodos y técnicas de exploración, registro electromiográfico con biofeedback y manometría. Tratamiento individualizado y/o grupal.

".Consulta PDP (prevención de desgarros perineales): Dirigida a embarazadas nulíparas o multíparas con una episiotomía anterior."

Oferta formativa a través de programa focuss

Curso "Preparación perineal en embarazadas"

Sala de tratamiento individualizado .

Sala de tratamiento grupal.

FORMACIÓN-INVESTIGACIÓN:

Estudio sobre la neuromodulación del nervio tibial posterior.

Controversia entre aplicación transdérmica y percutánea.

Estudio sobre el masaje perineal en la prevención de desgarros durante el parto y su relación con otras variables como la posición materna durante el parto, edad materna, dirección del pujo o no y aplicación de calor o lubricante.

INDICADORES

INDICADOR Y ESTÁNDAR

Realización de curso por personal multidisciplinar

"preparación perineal preparto": SI

Valoración de escala PERF en 1ª visita médica: 90%

Cuestionario de calidad de vida validado a los pacientes, administrado por personal de Enfermería: 90%

Nº desgarros perineales/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Nº episiotomías/nº total de partos vaginales: Reducción respecto año previo

Embarazadas en consulta de USP/nº total de parto: mejoría respecto año previo

Nº desgarros/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Nº episiotomías/pacientes que realizaron masaje perineal: estándar comunidad autónoma

Administración de encuesta de satisfacción con la USP a embarazadas y púérperas: 80%

Reducción del uso de sistemas de protección (compresas, pañales): SI

Prolapsos no intervenidos quirúrgicamente tras 6 meses de consulta USP: SI

EVALUACIÓN PERIÓDICA:

Monitorización de pacientes vistos en las consultas. Ratio primeros días/revisiones. Pacientes en tto de SP/número de pacientes al año. Número de seiones/año. Diseño de plantilla de anamnesis, calendario miccional, cuestionarios de calidad de vida, folletos informativos para las pacientes, plantilla de ejercicios: Kegel, control motor abdominal, hipopresivos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0057

1. TÍTULO

UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE ATENCIÓN A LA PATOLOGÍA DEL SUELO PÉLVICO

DURACIÓN

Años 2017 (ya implantado) y 2018.

PLAN DE COMUNICACIÓN:

"Divulgación a los profesionales dentro del programa de las propias acciones formativas.

Comunicación por parte de cada componente del equipo a los profesionales de su correspondiente Unidad.

Sesiones clínicas en los centros de AP.

Participación mediante charlas informativas, aprovechando eventos como las semanas culturales de los pueblos de nuestro Sector.

Talleres dirigidos a estudiantes de secundaria en institutos.

Publicación en blogs "

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 - 2018/0719

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Fecha de entrada: 17/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA MARIA MARIN GASPAR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARTINEZ GONZALEZ ANA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ
CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES
NERIN BUEN NATALIA
LOSCERTALES SESE AGUSTIN
BROTO BESTUE JESUS ANTONIO
BLASCO PEREZ NURIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Nos hemos reunido en varias ocasiones y hemos recopilado datos de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, observando que la información dada es deficitaria.
Hemos realizado una búsqueda bibliográfica exhaustiva, valorando las diferencias evolutivas en pacientes con buen acceso a información respecto a los que no.
Los pacientes con buen acceso a la información evolucionan de forma más satisfactoria.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hemos realizado un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla, explicando ejercicios a realizar y cuidados.
Se ha entregado al servicio de calidad haciendo las modificaciones pertinentes.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Se ha comenzado a entregar el tríptico a los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/719 ===== ***

Nº de registro: 0719

Título
MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Autores:
MARIN GASPAR ELENA MARIA, MARTINEZ GONZALEZ ANA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, CASTILLO CORRALES MARIA DE LOS ANGELES, NERIN BUEN NATALIA, LOSCERTALES SESE AGUSTIN, BROTO BESTUE JESUS ANTONIO, BLASCO PEREZ NURIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los paciente intervenidos de prótesis total de rodilla presentan una mejor evolución si inician de forma precoz tratamiento rehabilitador;
Debido a la gran dispersión geográfica del sector muchos de estos pacientes no pueden acudir a tratamiento.
Se ha observado en diversos estudios que los pacientes que realizan en su domicilio un programa de ejercicios específicos presentan mejor evolución respecto a los que no, pudiéndose incluso disminuir el gasto sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0719

1. TÍTULO

MEJORA AL ACCESO DE INFORMACION DEL PACIENTE INTERVENIDO DE PROTESIS TOTAL DE RODILLA

Realizar un tríptico informativo para pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla en el que se incluyan ejercicios para realizar en domicilio y signos de alarma ante los que acudir al médico. Dicho tríptico será entregado a los pacientes intervenidos de dicha patología en la primera valoración por el médico rehabilitador.

MÉTODO

Los distintos miembros del equipo realizaremos reuniones periódicas para realizar la elaboración del tríptico.

INDICADORES

% pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla primaria valorados por el servicio de rehabilitación a los que se les entrega tríptico respecto el total de intervenidos valorados
Valor a alcanzar superior al 60%

DURACIÓN

Comenzaremos a reunirnos de forma periódica para realizar el tríptico durante el mes de mayo. Una vez finalizado lo entregaremos a los pacientes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Fecha de entrada: 22/02/2019

2. RESPONSABLE MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO

- Profesión MEDICO/A
- Centro H BARBASTRO
- Localidad BARBASTRO
- Servicio/Unidad .. REHABILITACION
- Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MARIN GASPAS ELENA MARIA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ
RODRIGUEZ ESCUREDO PALOMA
RAMON BUISAN ROSARIO
FERNANDEZ SANCHEZ RUTH
FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME
PISA MAÑAS JARA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se ha elaborado un protocolo interno de valoración y tratamiento a seguir de los pacientes afectos de linfedema o susceptibles de padecerlo.
- Se ha consensuado un modelo de hoja de recogida de datos
- Se ha llevado a cabo la implantación de un protocolo de diagnóstico y tratamiento según estadiaje
- Se ha consensuado un modelo de consentimiento informado para tratamiento con TFD en pacientes con linfedema y tumor no controlado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- El número de pacientes valorados en 1ª consulta derivados desde U. Mama, Oncología y Cirugía Vasculuar desde Julio a Diciembre de 2018 ha sido 7. Los tratamientos realizados en este periodo han sido 71 (descompensaciones de linfedemas en seguimiento).
- El tiempo medio de demora desde 1ª consulta hasta tratamiento con TFD en los pacientes con linfedema grado II-III ha sido inferior a 15 días.
- Hemos conseguido uniformidad en la valoración clínica (al utilizar el modelo consensuado de recogida de datos) y en la derivación a tratamiento así como en las técnicas de fisioterapia según estadiaje (algoritmo terapéutico).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Hemos desarrollado en nuestro Servicio un protocolo de manejo clínico del linfedema con el objetivo de consensuar criterios de actuación y así ofrecer a nuestros pacientes un manejo óptimo.

AREAS DE MEJORA

- Crear una Unidad Multidisciplinar de linfedema en el proceso de mama (cirugía de carcinoma de mama)
- Actividades de formación continuada sobre detección y tratamiento del linfedema primario y secundario en Atención Primaria
- Actividades de formación al paciente, pasando a ser parte activa en su tratamiento: talleres de autovendaje, aplicación de kinesiotape.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/759 ===== ***

Nº de registro: 0759

Título
ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MARIN GASPAS ELENA MARIA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ, RODRIGUEZ ESCUDERO PALOMA, RAMON BUISAN ROSARIO, FERNANDEZ SANCHEZ RUTH, FERNANDEZ FERNANDEZ SALOME, PISA MAÑAS JARA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: enfermedad del sistema linfático

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0759

1. TÍTULO

ELABORACION DE UN PROTOCOLO DE MANEJO CLINICO DEL PACIENTE CON LINFEDEMA

Línea Estratégica : Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos : Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

El linfedema es una enfermedad crónica. En nuestro medio, el origen más frecuente es el neoplásico por carcinoma de mama en la mujer. La atención al linfedema en el Servicio de Rehabilitación, consiste en una intervención precoz, mediante educación sanitaria sobre autocuidados y ejercicios favoreciendo la movilidad articular. Se realiza una valoración sistemática del riesgo de desarrollar linfedema. En el caso de aparecer linfedema, se establece un plan terapéutico y un sistema reglado de acceso a la consulta. Es preciso para un buen manejo de esta patología, protocolizar y estructurar las intervenciones de prevención, tratamiento y seguimiento. Consideramos también necesario la elaboración de un protocolo de actuación unificado, porque nos permitirá la evaluación de la eficacia del tratamiento

RESULTADOS ESPERADOS

El proyecto se realiza en el Servicio de Rehabilitación, en pacientes diagnosticados de linfedema o susceptibles de padecerlo. Nuestros objetivos son:
-Conseguir la uniformidad en la valoración clínica: anamnesis, exploración física, medición de miembro afecto (circometría), solicitud de pruebas diagnósticas y uso de escalas de valoración de linfedema
-Obtener uniformidad de criterio diagnóstico e iniciar la puesta en marcha de un protocolo de tratamiento según estadificación y postcirugía de linfedema
-Establecer la periodicidad de las revisiones en el seguimiento del paciente

MÉTODO

-Elaboración del protocolo de manejo clínico del linfedema con la implantación de: una plantilla de recogida de datos, un algoritmo de tratamiento, y evaluación con escalas específicas que nos faciliten las decisiones terapéuticas y el seguimiento
-Puesta en marcha del protocolo en nuestra actividad asistencial

INDICADORES

% de utilización de la plantilla de exploración física (dentro de la HC) en la que se recogen los datos más relevantes para comparar cambios evolutivos (valor por encima de 80%)
% de cumplimiento del protocolo de tratamiento conservador del linfedema y tras cirugía (valor por encima de 80%)
% de utilización de escalas de valoración de linfedema (valor por encima de 80%)

DURACIÓN

-Junio: elaboración del protocolo de valoración y tratamiento del linfedema
-A partir de Julio creación y establecimiento en nuestra actividad asistencial con expectativa de implantarse como medida establecida
-Diciembre: memoria y 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 - 2018/0876

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Fecha de entrada: 14/02/2019

2. RESPONSABLE ANA MARTINEZ GONZALEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA
VELASCO GOMARA SOLEDAD
SUELVES MONTES PILAR
SUBIAS TRICAS MERCEDES
SANMARTIN SATUE CONCEPCION
PATIÑO GARCES MARIA CARMEN
GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

La patología del aparato locomotor, aguda o crónica, traumática, degenerativa o inflamatoria que se expresa como dolor, signos inflamatorios y/o limitación funcional es susceptible, en determinadas circunstancias, de tratamiento local mediante técnicas de infiltración. La infiltración consiste en la inyección, intra-articular o en elementos no articulares, de sustancias con efecto antiinflamatorio y analgésico que tratan de alcanzar efectos perecederos o definitivos en la mejoría de procesos que afectan al aparato locomotor.

Para evitar complicaciones derivadas de posibles infecciones derivadas de estas técnicas, hemos hecho una revisión bibliográfica y unificado criterios para la realización de las diversas técnicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras una revisión bibliográfica se ha hecho un consenso de actuación para la realización de infiltraciones articulares y peri-articulares.

Normas de aplicación

- Realización por personal especializado y entrenado.
- Conocimiento anatómico de las estructuras articulares y de tejidos blandos a infiltrar.
- Elegir la vía de acceso más cómoda y segura, marcando si es preciso el punto de entrada.
- Tener siempre todo el material preparado antes de comenzar la técnica.
- Es recomendable realizar cualquier infiltración de forma ECOGUIADA para aumentar la eficacia y la seguridad de la misma.
- Rigurosa asepsia, que implica:
 - o Lavado de manos por parte de enfermería/auxiliares y médico.
 - o Asepsia de la zona a infiltrar, con alcohol 70° y/o con povidona yodada, utilizando gasas desechables.
 - o Guantes no estériles por parte de enfermería/auxiliares para manejo del material utilizado.
 - o Manipulación aséptica del material de infiltración y de la zona a infiltrar, utilizando guantes estériles y paños estériles de protección si es preciso.
 - o Cargar los fármacos con distinta aguja a la de la punción. Será el médico el que ayudado por enfermería/auxiliares realice la carga de la medicación.
 - o Elegir la aguja adecuada para cada articulación o tejido blando.
 - o En zonas muy dolorosas, anestésicar previamente los planos superficiales o utilizar spray de cloreto.
 - o Introducir la aguja de manera suave, sin ejercer resistencias inesperadas a la introducción de la aguja.
 - o Si se está en cavidad articular, aspirar antes todo el líquido sinovial que pueda haber. Antes de inyectar el fármaco, cerciorarse mediante aspiración de que no se está en vía vascular. Si se filtra próximo a tejido nervioso, preguntar al paciente si nota parestesias o dolores lancinantes, para evitar lesionarlo.
 - o Administrar un volumen no superior al que admite cada articulación: aproximadamente 0.5 ml en articulaciones pequeñas; aproximadamente 3 ml en articulaciones medianas y aproximadamente 5-10 ml en articulaciones grandes.
 - o Tras la infiltración, retirar la aguja con cuidado y proteger con un apósito el punto de punción.
 - o Recomendar el reposo de la articulación durante las veinticuatro a cuarenta y ocho horas siguientes a la infiltración. Se recomienda además crioterapia local y analgesia habitual si presenta molestias locales.
 - o Atenerse a las indicaciones y contraindicaciones.

Se han registrado datos de las infiltraciones hechas en consulta con aplicación en el 97% de cada uno de los pasos anteriores. Las infiltraciones realizadas no han podido realizarse con ecografía dado que no contamos con ecógrafo.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Viendo que los resultados de este proyecto son positivos, se pretende continuar su aplicación a todas las técnicas de infiltración articular y peri-articular de aparato locomotor.

7. OBSERVACIONES.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0876

1. TÍTULO

PROCEDIMIENTO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES Y PERIARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

*** ===== Resumen del proyecto 2018/876 ===== ***

Nº de registro: 0876

Título
PROTOCOLO PARA INFILTRACIONES ARTICULARES EN APARATO LOCOMOTOR

Autores:
MARTINEZ GONZALEZ ANA, CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, VELASCO GOMARA SOLEDAD, SUELVES MONTES PILAR, SUBIAS TRICAS MERCEDES, SANMARTIN SATUE CONCEPCION, PATIÑO GARCES MARIA CARMEN, GRANDE MELCHOR MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Vemos la necesidad de realizar un protocolo de infiltraciones intraarticulares ante la variabilidad de técnicas utilizadas desde la preparación del material, asepsia del campo y del material utilizado y las patologías tratadas.
El objetivo es unificar criterios y evitar complicaciones graves.

RESULTADOS ESPERADOS
Crear un protocolo en el que se especifique el material necesario, técnicas de asepsia, instauración de consentimiento informado escrito al paciente y evitar complicaciones derivadas de una incorrecta actuación.

MÉTODO
crear un protocolo y hacerlo extensible a todo el Servicio de Rehabilitación (médicos y TCAE). Crear un consentimiento informado para el paciente.

INDICADORES
- Realización de un consentimiento informado
- Realización del protocolo y su puesta en marcha

DURACIÓN
Inicio:1/6/2018
Finalización: 31/12/2018

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 - 2019/0178

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN

Fecha de entrada: 13/01/2020

2. RESPONSABLE MARIA JOAQUINA CASAS LAZARO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MESEGUER GAMBON EVA MARIA
COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En nuestro Servicio disponemos de 15 aparatos de TENS para uso domiciliario. En la prescripción del tratamiento se han utilizado fichas que indican el diagnóstico con el tipo de electroterapia que se administra y se ha creado una nueva ficha específica para el TENS de uso domiciliario, en la que se detalla el programa que se aplica, la localización de los electrodos y el número de días de tratamiento. El fisioterapeuta, el mismo día de la prescripción, explica al paciente el manejo del aparato y se concreta la cita para la devolución del mismo, así como para la revisión en consulta. Se han realizado 102 tratamientos durante este año 2019. Puede considerarse que el balance ha sido positivo. El grado de analgesia obtenido se ha recogido en la historia clínica mediante la escala analógica visual (EVA) comparándose con la EVA inicial de la primera visita. En la mayoría de los casos el aparato se comenzó a utilizar el mismo día de la prescripción y en situaciones excepcionales con una semana de tiempo de espera.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Globalmente, de los 102 casos tratados durante este año 2019, en la encuesta realizada en la revisión, un 35% señalaron que la mejoría obtenida con el TENS, les proporcionaba un alivio que para ellos era "satisfactorio", superando el 50% de alivio en la escala EVA. Este resultado no es nada desdeñable si tenemos en cuenta que se trata de pacientes con patología muy evolucionada y con múltiples intentos terapéuticos previos. La puntuación varía según la susceptibilidad individual, los distintos diagnósticos, el tiempo de evolución, el posible efecto placebo, etc. La tolerancia al TENS en todos los casos ha sido excelente.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El TENS ha demostrado ser un instrumento útil para el tratamiento sintomático del dolor localizado, tanto de origen somático como neuropático. En términos generales, el alivio producido es considerado como satisfactorio, dado que muchos pacientes cuando acuden a la primera visita consideran un objetivo válido mejorar la intensidad del dolor en un 50%. Por ello, consideramos que es importante informar al paciente que probablemente encuentre en el uso del TENS un método complementario contra el dolor, pero sin esperar una analgesia completa. Podemos afirmar, que no cabe considerar al TENS como un arma terapéutica de uso aislado, sino siempre en combinación con otras terapias. En nuestros pacientes, el tiempo de evolución del dolor cuando se inició el tratamiento era muy largo, lo que puede contribuir a unos peores resultados dado que se acepta en general que el TENS es más eficaz en dolores agudos que en crónicos y que en los casos de dolor crónico es más eficaz si no se han realizado tratamientos previos.

Buscamos mejorar el manejo del dolor y por eso hemos querido incorporar este recurso de acceso rápido, fácil de utilizar, de cómoda aplicación y de bajo coste de adquisición y mantenimiento, dentro de las medidas que se están impulsando en los últimos años para una mayor accesibilidad de los usuarios a los Servicios de Rehabilitación.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/178 ===== ***

Nº de registro: 0178

Título
INCORPORACION DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACION

Autores:
CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, MESEGUER GAMBON EVA MARIA, COSCUJUELA ROMAN BEATRIZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Tratamiento del dolor

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0178

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En nuestro Servicio de RHB estamos asistiendo a un aumento de personas con enfermedades crónicas. El dolor se encuentra entre los problemas crónicos transversales más frecuentes. Se estima que uno de cada 6 españoles sufre dolor crónico.

El dolor afecta de forma variable a la calidad de vida de la población con importantes consecuencias en el ámbito personal familiar y social, representando un problema de salud pública. Este problema constituye uno de los motivos más frecuentes de utilización de nuestro Servicio. El tratamiento adecuado se compone de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas.

En el proceso de atención integral de la salud desde Rehabilitación nuestras acciones están centradas en ayudar a las personas a alcanzar el más completo potencial físico, psicológico, social, compatible con su deficiencia fisiológica o anatómica y limitaciones medioambientales siendo clave el manejo y control del dolor.

Debemos planificar nuestros servicios para cubrir las necesidades de toda la ciudadanía, superando las barreras existentes en los grupos de pacientes más desfavorecidos (por dispersión geográfica, difícil acceso al hospital, pacientes con movilidad reducida o sin medios de transporte..)

Nuestro esfuerzo va dirigido sobre todo a este grupo, intentamos minimizar / reducir el dolor, sus complicaciones y maximizar su calidad de vida favoreciendo el acceso a nuestros Servicios y optimizando recursos.

La electroestimulación nerviosa eléctrica transcutánea conocida por el acrónimo TENS del inglés Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, consiste en la aplicación mediante electrodos de superficie, de corriente eléctrica pulsada con finalidad analgésica. El uso actual del TENS en el ámbito clínico de la RHB está ampliamente extendido. Es una técnica no invasiva, fácil de administrar. Tiene pocos efectos secundarios e interacciones, no puede producir sobredosis, además es muy económica y susceptible de ser utilizada para tratamiento domiciliario tras un breve entrenamiento del propio paciente.

Generalmente podemos utilizar el TENS con las siguientes acciones:

-Analgésica en caso de dolor agudo o crónico localizado y de origen neuropático y músculoesquelético

-Fortalecimiento muscular

Tras valorar al paciente en consultas del Servicio y realizar la indicación de esta terapia, El fisioterapeuta instruye al paciente, le explica los fundamentos básicos del método y le da instrucciones sencillas y precisas sobre la manera correcta de utilizar el equipo según patología.

Como ventajas significativas destacamos:

-Comodidad de aplicación y fácil manejo

-No requiere formación especial para su empleo

-Eficacia: aunque los resultados son variables, se logra entre 25-30% de respuestas positivas en pacientes con dolor crónico

-Ofrece reducción de costes de otras medidas terapéuticas. Dado su carácter no perecedero, su bajo coste de adquisición y mantenimiento (repuesto de 1 batería standard de 9v) y electrodos, puede deducirse el importante ahorro sanitario que puede representar a corto plazo su utilización

-Posibilidad de obviar los efectos secundarios de opiáceos permitiendo mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas que requieren medicación continuada

RESULTADOS ESPERADOS

-Incorporar el TENS domiciliario como recurso para el control del dolor, integrándolo dentro de las herramientas de nuestra cartera de Servicios

-Mejorar la calidad de vida de los pacientes con dolor, con especial énfasis en grupos vulnerables como son los mayores y personas con dificultad de acceso al hospital

-Agilizar el acceso a tratamiento con terapia física en nuestro Servicio, disminuyendo tiempos de espera

MÉTODO

Disponemos de 15 aparatos TENS para uso domiciliario

INDICADORES

-Número de pacientes con acceso inmediato a tratamiento

-Encuesta de satisfacción de pacientes tratados

DURACIÓN

Se incluye en la actualidad en nuestra oferta de servicios

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0178

1. TÍTULO

INCORPORACIÓN DEL TENS DE USO DOMICILIARIO COMO HERRAMIENTA PARA EL MANEJO DEL DOLOR EN REHABILITACIÓN

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Fecha de entrada: 28/01/2020

2. RESPONSABLE NURIA BLASCO PEREZ
· Profesión FISIOTERAPEUTA
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTI JARNE FERNANDO
FERNANDEZ SANCHEZ RUT
FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA
BUISAN ESPIAS ROCIO
NAGER OBON VANESA
CORONAS TURMO SARA
MONFORT FERRIS SUSANA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Reunión de los componentes del equipo para puesta en común de la búsqueda bibliográfica en septiembre de 2019
Realización del protocolo en noviembre de 2019

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Debido a la saturación en las actividades del responsable del programa no ha podido llevarse a cabo la realización del mismo, de ahí el cambio de responsable.

De todas formas se aporta un memorandum de las actividades que vamos a realizar:
Se implementará un protocolo de actuación basado en la aplicación de un vendaje funcional que permita la carga precoz de la articulación.
Se planteará la atención precoz por parte de un fisioterapeuta para la realización de un vendaje funcional y posterior revisión a las 48-72 horas.
Se darán unas pautas generales al paciente según el tratamiento conservador del acrónimo PRICE: Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación. La aplicación de crioterapia se aconseja durante unos diez minutos cada dos horas durante las primeras 48 horas.
Seguidamente unos ejercicios de fisioterapia domiciliarios. Se le entregará una hoja de instrucciones al paciente con las recomendaciones para seguir el protocolo de tratamiento funcional (vendaje + crioterapia + ejercicio terapéutico)
Se pondrá en conocimiento de las enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias el nuevo modelo de contención de los esguinces de tobillo y se concretará el procedimiento de derivación al fisioterapeuta de la Unidad correspondiente.
Se informará al resto de los miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud del circuito asistencial para la captación y derivación preferente a la Unidad de Fisioterapia de AP de los pacientes que puedan beneficiarse de este programa.
Se priorizará el tratamiento de fisioterapia precoz desde las Unidades de Fisioterapia de AP de forma que en 48-72 horas se atienda al paciente para la valoración y posible cambio de vendaje aplicado en el Servicio de Urgencias. La aplicación de un tratamiento funcional facilita la recuperación acortando el tiempo de la misma, reduciendo el edema así como disminuye el número de complicaciones y efectos secundarios típicos de las inmovilizaciones prolongadas (dolor e inestabilidad).
Se registrarán los ítems a evaluar en formato hoja de cálculo excel.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Dada la importancia e incidencia de los esguinces de tobillo nuestra intención es continuar con el programa de mejora procediendo a la sustitución del responsable del mismo, Fernando Martí Jarne, por Nuria Blasco Pérez, para proseguir con la labor iniciada.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/894 ===== ***

Nº de registro: 0894

Título
PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

Autores:
MARTI JARNE FERNANDO, FERNANDEZ SANCHEZ RUT, BLASCO PEREZ NURIA, FERNANDEZ JENTSCH GABRIELA, BUISAN ESPIAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

ROCIO, NAGER OBON VANESA, CORONAS TURMO SARA, MONFORT FERRIS SUSANA

Centro de Trabajo del Coordinador: CS BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los esguinces de tobillo se constituyen en una de las patologías más frecuentes de todo el sistema musculoesquelético, estimándose su incidencia en un caso por cada 10.000 habitantes y día. Es la lesión de extremidad inferior que con más frecuencia se atiende en urgencias y en atención primaria.

De forma clásica los esguinces de tobillo se clasifican en leves, moderados y graves (grados I, II y III). El mecanismo fisiopatológico es la inversión forzada del tobillo, un mecanismo combinado de flexión y supinación del pie. El 85% de los esguinces afectan al ligamento lateral externo (LLE), lesionándose fundamentalmente el ligamento peroneoastragalino anterior (LPAA), y hasta el 44% de los lesionados presentan algún tipo de secuelas un año después (dolor, inestabilidad mecánica o inestabilidad funcional). El ligamento colateral medial o deltoideo se lesiona en un 5% de los casos, siendo una lesión poco frecuente y más grave con un mecanismo de lesión en eversion y rotación externa forzada.

RESULTADOS ESPERADOS

Disminuir el dolor asociado a a este tipo de lesiones ligamentosas.
Disminuir los días de incapacidad al evitar la inmovilización completa.
Mejorar el grado de satisfacción de los pacientes.

MÉTODO

Se implementará un protocolo de actuación basado en la aplicación de un vendaje funcional que permita la carga precoz de la articularización.

Se planteará la atención precoz por parte de un fisioterapeuta para la realización de un vendaje funcional y posterior revisión a las 48-72 horas. Se darán unas pautas generales al paciente según el tratamiento conservador del acrónimo PRICE: Protección, Reposo, Hielo, Compresión y Elevación. La aplicación de crioterapia se aconseja durante unos diez minutos cada dos horas durante las primeras 48 horas. Seguidamente unos ejercicios de fisioterapia domiciliarios. Se le entregará una hoja de instrucciones al paciente con las recomendaciones para seguir el protocolo de tratamiento funcional (vendaje + crioterapia + ejercicio terapéutico)

Se pondrá en conocimiento de las enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias el nuevo modelo de contención de los esguinces de tobillo y se concretará el procedimiento de derivación al fisioterapeuta de la Unidad correspondiente.

Se informará al resto de los miembros del Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud del circuito asistencial para la captación y derivación preferente a la Unidad de Fisioterapia de AP de los pacientes que puedan beneficiarse de este programa.

Se priorizará el tratamiento de fisioterapia precoz desde las Unidades de Fisioterapia de AP de forma que en 48-72 horas se atienda al paciente para la valoración y posible cambio de vendaje aplicado en el Servicio de Urgencias. La aplicación de un tratamiento funcional facilita la recuperación acortando el tiempo de la misma, reduciendo el edema así como disminuye el número de complicaciones y efectos secundarios típicos de las inmovilizaciones prolongadas (dolor e inestabilidad).

Se registrarán los items a evaluar en formato hoja de cálculo excel.

INDICADORES

- Numero total de pacientes con diagnóstico de esguince de tobillo grado I y grado II derivados desde su médico de familia a las Unidades de fisioterapia de AP.
- Porcentaje de pacientes que en menos de tres semanas logran recuperación funcional.
- Porcentaje de pacientes que no toleran tratamiento conservador con vendaje funcional respecto al numero total de pacientes con esguince de tobillo tratados en las Unidades de Fisioterapia mediante vendaje funcional.
- Cuestionario o escala de satisfacción al usuario o paciente tratado por esguince de tobillo expresado en porcentajes.
- Escala Visual Analogica del dolor (EVA) para la clasificación del dolor en leve, moderado o severo antes y después de la intervención.

DURACIÓN

Cronograma de actividades

Abril de 2019

Comunicación con el personal sanitario del Servicio de Urgencias del hospital sobre la iniciativa de mejora

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0894

1. TÍTULO

PROGRAMA DE MEJORA PARA EL ABORDAJE INTERDISCIPLINAR EN LA CONTENCIÓN Y TRATAMIENTO FUNCIONAL DEL ESGUINCE DE TOBILLO

planteada.
Unificación de criterios y normalización del procedimiento de ejecución del vendaje entre los fisioterapeutas que van a aplicarlo.
Mayo de 2019
Realización de protocolo.
Reunión con los otros componentes del equipo y revisión del protocolo para la unificación de criterios entre los diversos profesionales del equipo.
Junio de 2019
Difusión e implementación en mediante una sesión de formación al resto del EAP. y al personal del hospital mediante sesiones clínicas.
Realización de hoja de excel para el registro de los datos necesarios.
Realización del cuestionario de satisfacción que se enviará por correo electrónico a los pacientes incluidos en el proyecto.
Septiembre de 2019
Puesta en marcha del programa.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1348

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE EVA MARIA MESEGUER GAMBON
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REHABILITACION
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA
VIÑADO MAÑES CLARA MARIA
GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA
LEON SUBIAS ERICA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Teniendo en cuenta que los componentes fundamentales de un programa de rehabilitación respiratoria van a ser la educación al paciente y familia, la fisioterapia respiratoria y las técnicas de entrenamiento al ejercicio, se ha realizado de forma consensuada con el servicio de Neumología unos criterios de selección de los pacientes candidatos a recibir un programa de tratamiento de Rehabilitación respiratoria. Se ha establecido que a grandes rasgos, se tratará de un paciente con enfermedad respiratoria crónica en fase estable de su enfermedad que, a pesar de recibir tratamiento médico adecuado y completo, manifiesta disnea persistente, intolerancia al ejercicio y/o una restricción en sus actividades de la vida diaria. El programa será mayoritariamente dirigido a pacientes afectados de EPOC, por lo general con una valor en la espirometría del FEV1 de menos de 50% del valor teórico, aunque en valores mayores se podría prescribir si el paciente continua sintomático o con limitación al ejercicio a pesar de un tratamiento farmacológico correcto. El resto de patologías que podrán ser incluidos son: asma, bronquiectasias, insuficiencia respiratoria crónica, fibrosis quística, enfermedades neuromusculares, enfermedades intersticiales, alteraciones de la caja torácica, paciente postquirúrgico.

Los criterios de inclusión engloban:

- o Pacientes con enfermedad respiratoria crónica sintomática.
- o Pacientes sometidos a cirugía torácica, de reducción de volumen o trasplante pulmonar.
- o Preferiblemente no fumador o incluido en un programa de deshabituación tabáquica.
- o Sin comorbilidades graves (por ejemplo neoplasia, enfermedad cardiovascular grave,...) que impidan la realización y/o el seguimiento del programa.
- o Actitud positiva, de colaboración y comprensión del paciente.
- o Situación geográfica que permita al paciente la asistencia a las sesiones del tratamiento.

Como criterios de exclusión se establecen:

- o Pacientes con importantes problemas ortopédicos o neurológicos que puedan reducir la movilidad o la colaboración con el entrenamiento físico.
- o Trastorno cognitivo o psiquiátrico que condicione la posibilidad de colaboración del paciente.
- o Falta de motivación.

De forma específica, como material importante a tener en la consulta de Rehabilitación, se ha elaborado una hoja de recogida de datos en la que figuran los aspectos más importantes de este tipo de pacientes en cuanto a diseñar y evaluar el programa más adecuado de tratamiento. Incluye aspectos clínicos, del aparato locomotor, de evaluación radiológica, funcionalismo pulmonar, capacidad de esfuerzo y calidad de vida relacionada con la salud. Todos estos aspectos, serán recogidos en la consulta de Rehabilitación por el médico y formarán parte fundamental de la historia clínica del paciente.

Se han incluido en dicha hoja cinco puntos:

- 1- datos referentes a la exploración clínica
- 2- pruebas complementarias realizadas (Rx de tórax, ECG, espirometría, gasometría arterial, analítica general)
- 3-dos escalas de valoración funcional respiratoria:
 - Para la medición del grado de disnea, la escala mMRC (Medical Research Council modificada) ya que suele ser la más utilizada como medida objetiva de disnea, es sencillo de responder por el paciente, es relevante para las actividades diarias, se puede completar en aproximadamente 30 segundos y tiene una excelente acuerdo inter-observador
 - Para la clasificación de los pacientes según la gravedad utilizaremos el índice BODE. Para calcularlo se complementa con los datos obtenidos del test de los 6 minutos marcha.

4-La valoración de la capacidad de ejercicio se realizará mediante los datos del test de los 6 minutos marcha, que dado que es el test de referencia utilizado también por el servicio de Neumología, se tomarán de la historia clínica de dicho servicio si se ha realizado recientemente (en los dos meses previos y si no ha habido cambios clínicos en el estado de salud del paciente) o bien será realizado por el propio médico rehabilitador. Dicha prueba, nos servirá para evaluar la respuesta al tratamiento, siendo un buen predictor de la supervivencia.

5-Como medida de la calidad de vida del paciente se ha seleccionado el cuestionario específico COPD Assessment Test (CAT), dado que es de acceso libre, está validado al español y los estudios realizados han mostrado que es un test fiable y reproducible. Es capaz de detectar cambios en el estado subjetivo de salud de los pacientes en relación con las exacerbaciones y su recuperación o durante la aplicación del tratamiento rehabilitador.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1348

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

La hoja de datos sobre el paciente respiratorio con todo lo descrito previamente figura en cada una de las consultas de Rehabilitación y será rellenada cuando se realice la valoración de este tipo de paciente. El cuestionario CAT dado que es de acceso libre a través de internet, se tendrá impreso en la consulta y se entregará al paciente para que lo devuelva en la siguiente revisión médica y sea adjuntado así a su historia clínica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

La American Thoracic Society y la European Respiratory Society definen la rehabilitación respiratoria como una intervención multidisciplinar e integral que ha demostrado ser eficaz bajo la perspectiva de la medicina basada en la evidencia para los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que presentan síntomas y a menudo han reducido las actividades de la vida diaria.

Un programa con una dotación mínima de recursos humanos puede obtener resultados satisfactorios siempre que los objetivos marcados sean realistas y útiles para los pacientes.

Por estos motivos, una vez consensuados con Neumología los criterios de inclusión y exclusión de pacientes que pueden realizar un programa de Rehabilitación respiratoria, el desarrollo del programa es más factible y con previsión de buenos resultados, en cuanto a mejorar notablemente la calidad de vida del paciente.

La hoja creada de recogida de datos del paciente respiratorio, mejora el desarrollo de la actividad clínica en la consulta, dado que abarca todos los aspectos a tener en cuenta a la hora de elaborar un programa de Rehabilitación en el paciente respiratorio. Además de esto, nos permite comparar de forma rápida mejoras en indicadores que hacen referencia a la capacidad de esfuerzo, la sensación de disnea y la calidad de vida de estos pacientes

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Más de un millón y medio de personas están afectadas de EPOC en nuestro país, suponiendo casi el 10% de consultas de Atención primaria y de ingresos hospitalarios de causa médica. Tanto la Sociedad americana respiratoria como la europea incluyen la rehabilitación respiratoria en los programas de tratamiento de este tipo de pacientes. Dichos programas, tienen clara evidencia en su mejoría clínica reduciendo costes sanitarios mediante la estabilización o la reversión de las manifestaciones sistémicas de esta enfermedad. Dicho programa organizado por sus diferentes integrantes (neumólogos, rehabilitadores, fisioterapeutas,...) es sencillo de realizar, además de poder realizarse con una dotación mínima de recursos. El desarrollo del mismo tal y como se ha estructurado y explicado en los apartados previos puede aportar notables beneficios a este tipo de pacientes además de resultar sencillo de realizar y con una baja inversión de recursos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1348 ===== ***

Nº de registro: 1348

Título
PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

Autores:
MESEGUER GAMBON EVA MARIA, CASAS LAZARO MARIA JOAQUINA, VIÑADO MAÑES CLARA MARIA, GARCIA CARRASCAL ENITH YOJANA, LEON SUBIAS ERICA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Enfermedades del sistema respiratorio
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: EPOC
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye un problema de salud en pacientes de la tercera

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1348

1. TÍTULO

PROTOCOLIZACION DE LA RECOGIDA DE DATOS EN LA HISTORIA CLINICA DEL PACIENTE CON PATOLOGIA RESPIRATORIA PARA LA ELABORACION DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION RESPIRATORIA

edad, afecta las actividades diarias de quienes la padecen, e interfiere con el rendimiento físico y psicosocial; y en su fase avanzada provoca incapacidad. En el mundo los datos sobre prevalencia y morbilidad subestiman de forma considerable el impacto de la EPOC, debido a que generalmente la enfermedad no se diagnostica hasta que no resulta clínicamente evidente y moderadamente avanzada.

La prevalencia de la EPOC en la población adulta es del 9 %, en España entre los 40 y los 69 años.

La Rehabilitación Respiratoria (RR) debe formar parte de un tratamiento individualizado del paciente, dirigido a reducir los síntomas, optimizar la capacidad funcional, incrementar la participación y reducir los costes sanitarios mediante la estabilización o reversión de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad.

La American Thoracic Society (ATS) y la European Respiratory Society (ERS) han definido la RR como «una intervención integral basada en una minuciosa evaluación del paciente seguida de terapias diseñadas a medida, que incluyen, pero no se limitan, al entrenamiento muscular, la educación y los cambios en los hábitos de vida, con el fin de mejorar la condición física y psicológica de las personas con enfermedad respiratoria crónica y promover la adherencia a conductas para mejorar la salud a largo plazo.

La RR iniciada precozmente, incluso durante las exacerbaciones, ha demostrado ser eficaz y segura.

En el momento actual, el entrenamiento muscular, la educación y la fisioterapia respiratoria (FR) se consideran los componentes fundamentales de los programas de RR, siendo aconsejable también contemplar la terapia ocupacional, el soporte psicosocial y la intervención nutricional.

Por todo lo descrito previamente y dado que al servicio de Rehabilitación se le solicita valoración habitual de este tipo de pacientes, se propone elaborar programas de tratamiento multidisciplinar en los que se realice un proceso asistencial transversal en el que colaboren todos los integrantes del servicio en colaboración con Neumología.

Como primera propuesta a un futuro proyecto de elaboración de un protocolo conjunto con el Servicio de Neumología, se quiere llevar a cabo la organización interna de nuestro servicio empezando con la elaboración de una hoja de recogida de datos encaminada a recabar toda la información médica necesaria para una correcta evaluación y prescripción del tratamiento rehabilitador necesario en cada uno de los casos.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer de forma consensuada con el servicio de Neumología unos criterios de selección de los pacientes candidatos a recibir un programa de tratamiento de Rehabilitación respiratoria. Así mismo, establecer unos criterios de exclusión de aquellos que no podrían realizarlo.

- Diseñar una hoja de recogida de datos que sea incluida en la historia clínica médica del paciente en la que se incluyan todos los aspectos de interés para la adecuada elaboración de un programa de Rehabilitación Respiratoria. Esta hoja debería incluir tanto los datos de anamnesis como de exploración clínica y de pruebas complementarias necesarias para valorar correctamente la capacidad de esfuerzo del paciente.

- Establecer los datos a recoger en la historia clínica tras la realización del programa de Rehabilitación y que permitan objetivar la mejoría clínica.

MÉTODO

Se está realizando valoración y tratamiento rehabilitador individualizado a pacientes con patología respiratoria con la necesidad de protocolización de dicho proceso.

INDICADORES

Número de pacientes valorados por patología respiratoria.

Mostrar los criterios de inclusión y exclusión

Consensuar la hoja de recogida de datos

Evaluar la adecuada recogida de datos en los pacientes en los que se solicita Rehabilitación respiratoria

DURACIÓN

Establecer los criterios de inclusión/exclusión para el tratamiento rehabilitador con el servicio de Neumología y establecer la hoja de recogida de datos del paciente en la historia de Rehabilitación durante el año 2019. Iniciar durante este año la recogida adecuada de los datos.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOROS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA DOLORES FABREGAS CANALES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
FERRER ASIN MARIA PAZ

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizaron 3 Cursos teórico-prácticos en el Centro de Salud de Graús para aprendizaje de la exploración reumatológica y la realización de infiltraciones intraarticulares.
Se instauró la Consulta Reumatológica Virtual, tras pactar previamente un protocolo de derivación, cuyos objetivos fueron la atención temprana de la patología inflamatoria, la resolución de dudas terapéuticas y el tratamiento dirigido de pacientes con problemas de desplazamiento.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El proyecto contó con una rápida aceptación por los MAP del C.S. de Graús.

La consultas realizadas correspondieron a:

- 40% patología inflamatoria de inicio
- 29% dudas terapéuticas de enfermedades inflamatorias
- 20% dudas diagnósticas y terapéuticas de patología ósea (Osteoporosis)
- 11% dudas terapéuticas sobre control del dolor en pacientes dificultades de desplazamiento.

Idoneidad de las Consultas realizadas según protocolo: 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La instauración de una Consulta Virtual de Reumatología tiene resultados muy satisfactorios si previamente se ha realizado una formación específica de los MAP y se ha consensuado un protocolo estricto de derivación. Tras la instauración generalizada de la Consulta Virtual parece conveniente reflexionar sobre las conclusiones de esta experiencia piloto.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/772 ===== ***

Nº de registro: 0772

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

Autores:
FABREGAS CANALES MARIA DOLORES, FERRER ASIN MARIA PAZ, COLL CLAVERO JUAN IGNACIO, BUIL PEREZ MARIA PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Atención al paciente pluripatológico
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La mejora de la Calidad asistencial en la consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro se ve dificultada por la existencia de lista de espera en consultas externas así como los problemas para desplazarse de la población anciana. Ello implica un importante número de consultas telefónicas tanto de los médicos de atención primaria (MAP) como de los pacientes, para resolver dudas sobre tratamientos, complicaciones, recaídas... Dichas dudas se resuelven de forma no reglada y sin un control posterior de su evolución, con grandes dosis de incertidumbre por parte del médico de primaria y del especialista.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

El 22,7% de la población del Sector Sanitario de Barbastro es mayor de 65 años. Esto implica una alta demanda asistencial, por patología osteo-articular, que repercute en primer lugar sobre el Médico de Familia. En diferentes colaboraciones con los equipos de primaria hemos detectado un interés creciente por la formación en Reumatología (exploración clínica, decisiones terapéuticas, técnicas de infiltración) que creemos debe intentarse resolver.

RESULTADOS ESPERADOS

Objetivo General:

- Proporcionar una óptima asistencia reumatológica en un entorno rural, facilitando el acceso de la población a las consultas de Reumatología a través de las nuevas técnicas telemáticas.

Objetivos específicos:

- Mejorar el conocimiento de la patología Reumatológica por parte de los MAP
- Mejorar el control clínico y diagnóstico precoz de patologías claves en Reumatología como son la Artritis Reumatoide, las Espondiloartropatías y la Osteoporosis.
- Regular una vía de comunicación rápida y eficaz entre primaria y especializada.
- Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.
- Mejorar la satisfacción del paciente, MAP y especialista sobre el trabajo realizado.
- Avanzar en la excelencia del servicio y contribuir a la sostenibilidad de la organización.
- Definir y protocolizar los procesos susceptibles de teleconsulta.

MÉTODO

Para la creación de una Consulta virtual de Reumatología se propone durante el primer año una Consulta Piloto con el Centro de Salud Rural de Graús (Comarca de la Ribagorza),

El Equipo de Atención Primaria (EAP) de Graus, compuesto por 8 médicos de familia, nombrará un profesional de referencia que será el interlocutor con Reumatología y que tendrá las funciones de:

- Activar y coordinar la formación continuada en Reumatología de los profesionales del C.S. de Graús: programación de cursos teóricos, talleres prácticos y estancias puntuales en la Consulta de Reumatología del Hospital de Barbastro.
- Elaborar con Reumatología el protocolo de interconsulta virtual: patologías, criterios de derivación y circuitos asistenciales. y establecer la información mínima necesaria para la realización de la interconsulta.
- Difundir en el EAP la metodología y contenidos de la interconsulta virtual de reumatología.
- Seguimiento y corrección de incidencias junto con Reumatología.

A nivel técnico utilizaremos el protocolo de Interconsulta Virtual desarrollado por el Sector de Barbastro disponible en Historia Clínica Electrónica (HCE):

1. Solicitud de interconsulta por el médico de atención primaria en OMI-AP.
2. El especialista del hospital accederá a través de la HCE a las consultas-formularios introducidas en OMI por los médicos de primaria.
3. Una vez cumplimentados los formularios por especializada se enviará una notificación automática al médico de atención primaria y se registrará el resultado de la interconsulta en OMI.

En una segunda fase, conocida ya la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, el servicio se extenderá a otros centros del área de salud.

INDICADORES

Al finalizar el estudio piloto y con el objetivo de conocer la demanda real y la efectividad de este tipo de consultas, se realizará una evaluación para valorar la idoneidad de los ítems pactados, y el nivel de demanda real de cara a la extensión de forma general a otros centros de Salud.

De forma particular se evaluarán los siguientes parámetros:

- Pertinencia: Número de interconsultas de acuerdo a protocolo
- Número de consultas realizadas
- Tipo de consultas y patologías
- Resolución telemática del problema
- Tiempo medio de respuesta de las interconsultas
- Escalas de satisfacción.

DURACIÓN

CRONOGRAMA:

- OTOÑO-2016:
 - o Sesiones informativas y Taller de Exploración Clínica de la Dra. Fábregas en el Centro de Salud de Graús.
 - o Revisión y aprobación consensuada del formulario de consulta informática de Reumatología.
 - o Inicio de la Consulta telemática
 - o Estancia de formación de los MAP del C.Salud de Graús en la Consulta de Reumatología del H. de Barbastro.
- MARZO-2017:
 - o Primera evaluación de los resultados obtenidos.
- OTOÑO-2017:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0772

1. TÍTULO

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES DEREUMATOLOGIA ENTRE EL HOSPITAL DE BARBASTRO Y ATENCION PRIMARIA RURAL

o Evaluación final y proyección futura. Diseño y propuesta de nuevas acciones de mejora.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0647

1. TÍTULO

EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

Fecha de entrada: 23/01/2020

2. RESPONSABLE JOSE MANUEL PINA SALVADOR
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. REUMATOLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GAMISEL ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
SE HAN REALIZADO DURANTE EL PERIODO MAYO-DICIEMBRE 2018 435 CONSULTAS VIRTUALES DE REUMATOLOGIA. RECOPIACION DE VARIABLES EN HOJAS EXCELL.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
435 CONSULTAS VIRTUALES DE LAS CUALES 336 FUERON ALTAS Y 99 SE CITARON EN CONSULTA

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
LOS RESULTADOS MUESTRAN UNA GRAN EFICACIA RESPECTO A LA FRECUENTACION DE PACIENTES EN CCEE Y GRAN DISMINUCION DE LA LISTA DE ESPERA PARA ATENDER PATOLOGIAS PRIORITARIAS.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/647 ===== ***

Nº de registro: 0647

Título
EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

Autores:
PINA SALVADOR JOSE MANUEL, GAMISEL MUR ELENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del sistema ósteomuscular y del tejido conectivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos ..: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La situación actual de la consulta de Reumatología presenta grandes demoras por excesivo número de pacientes que se ven de primer día, lo que genera disminución importante de los huecos de agenda para las revisiones de pacientes crónicos y los que están pendientes de resultados. Se trata de evaluar como la herramienta de la CONSULTA VIRTUAL es capaz de mejorar la gestión de la consulta para solucionar parte de la problemática comentada.

RESULTADOS ESPERADOS
Esperamos conseguir una drástica reducción del número de pacientes que requieran consulta presencial y de esa manera disponer de más huecos para las revisiones sucesivas (acortando demoras) y los pacientes pendientes de resultados.

SE VALORARAN:

- a) DEL TOTAL DE PACIENTES REMITIDOS, CUANTOS HAN SIDO CITADOS PARA CONSULTA DE PRESENCIA FISICA.
- b) Nº DE CONSULTAS DE ALTA RESOLUCION, ENTRE LOS PACIENTES QUE ACUDEN A CONSULTA DE PRIMER DIA.
- c) REPERCUSION EN LA DEMORA PREVIA EXISTENTE DE LAS CONSULTAS SUCESIVAS.

MÉTODO

Utilización de la plataforma online de Consulta Virtual.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0647

1. TÍTULO

EVALUACION DEL IMPACTO (I) DE LA CONSULTA VIRTUAL EN LA CONSULTA DE REUMATOLOGIA DURANTE EL AÑO 2018

INDICADORES

Los datos seran recogidos en hoja excel y volcados en programa estadistico, pendiente de concretar, para evaluacion de resultados.

DURACIÓN

De enero de 2017 a 31 de 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 - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

Fecha de entrada: 31/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA RIVAS CALVETE
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SALUD MENTAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARA USIETO MARISOL
GARCIA LACOMA MERCEDES
LAMARCA GAY ROCIO
JAVIERRE MIRANDA ELENA
ALLUE BLANCO MARIA
LOPE DALMAU ISABEL
ANGEL VELASCO MARTA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

RESULTADOS QUE SE ESPERAN CONSEGUIR

- ? Detectar aquellos casos incipientes de jóvenes, hombres y mujeres, de entre 12 y 14 años que comienzan a tener pensamientos y actitudes desadaptativas relacionadas con la alimentación, la autoimagen, las emociones negativas, insatisfacción corporal, etc.
- ? Realizar un diagnóstico precoz de anorexia, bulimia, o TCANE (trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, que son los casos incipientes y posiblemente los más difíciles de detectar) y comenzar un tratamiento de los mismos en la Usmij.
- ? Reducir los ingresos hospitalarios de los pacientes con TCA

METODO

- Reuniones de trabajo, 2 para lectura y exposición de artículos relacionados con el programa. En septiembre comenzó a debatir mejor momento para poder "captar" a los usuarios.
- Acceso al registro de adolescentes de los 3 pediatras del Centro de Salud, contando con Pediatra A con 76 usuarios nacidos en 2008, Pediatra B con 75, Pediatra C con 65. Los nacidos en 2018 son los adolescentes de 12 años en 2020 fecha de la implementación del programa.
- Realización por parte de Equipo:
 - * Hoja de Consentimiento Informado
 - * Breve Folleto explicativo
 - * Hoja con Cuestionario SCOFF e EAT-28
- Realizar las 216 carpetas individuales para comenzar el screening
- A través de la llamada "carpeta individual" se informará a los familiares y adolescentes del objetivo del programa, se invitará a participar, hoja de consentimiento informado, y realización de los cuestionarios de forma individual por el adolescente
- El objetivo es que en las revisiones pautadas del "niño Sano", el pediatra introdujera con las familias el programa, y pudieran parte de la entrevista (rellenar los cuestionarios) de forma individual y solos en la sala (permiso de los padres). Por determinar si se sumaría alguna pregunta respecto a otros indicadores de riesgo evolutivo (no existe de 1 todo consenso en el grupo de trabajo de la idoneidad de sumar otros indicadores).
- Aquellos casos que no se pudieran realizar en la consulta de pediatría, serían informados y llamados por teléfono por las integrantes del programa realizarían la citación, información (obj. Del programa, folleto informativo, 2 test), se realizaría por parte de los adolescentes.
- Se utiliza una Sala del centro de Salud de Monzón, que durante los martes y jueves puede ser empleado para otros usos
- Con el objetivo de poder abarcar el mayor número posible de adolescentes a los 6 meses se volverá a "repescar" a aquellos que no pudieron asistir con anterioridad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

En esta primera parte del programa se ha realizado (abril-diciembre 2019):

- Revisión bibliográfica de la literatura científica,
- Reuniones de trabajo con Pediatras y Usmij:
 - ** Elegir los métodos de Screening (EAT -28, SCOFF, ETC)
 - ** Puntos de corte donde pasar los instrumentos : valorar conjuntamente de 12-14 años, cuántos puntos de corte se realizan para poder detectar a un adolescente que no tenga indicadores a una edad, pero pudiera tenerlos a los 6 meses por ejemplo. Debatirlo y concluir
 - ** Realizar Hoja de Consentimiento Informado para los familiares y los pacientes
 - ** Realizar Folleto divulgativo para familiares y adolescentes.
 - ** Carpeta Individual con el contenido propuesto (Hoja de Consetiimiento, Folleto divulgativo, Hoja con el EAT-28 Y SCOFF)
 - ** Realizar 216 carpetas individuales
- Consensuar mes de inicio del Primer Screening (el más ambicioso), y proponer a los 6 meses el siguiente (aquellos casos que no pudieron pasar por el primero). Realización del trabajo de campo se llevaría a cabo por la Enfermera de Usmij y Pediatría.

INDICADORES: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO con fecha princ. enero 2020

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

Indicador: Fuente de verificación Estandar de Calidad

Nº Reuniones Actas de reuniones Asistencia 80% participantes

% Carpetas Individuales preparadas Regis. Carpetas 100% (216) preparadas dic 2019

Los siguientes indicadores se podrán evaluar una vez implementado la "carpeta individual" en el 2020 se pretende :

% de carpetas de Screening Registro de seguimiento 80 % de adolescentes trimest

% Screening corregido Registro corregidos 70% trimestre

% Positivos con 1 entrev. Entrevista personal 90% de adoles. Positivos semes

% casos inicio de tt. Citados en la USMIJ 90% de adolesc. Con Tno.

% Hoja Consent. Inform. Entrev. Explicac. 80% de las entregadas trim

DURACIÓN Y CALENDARIO

En primera Fase del Programa (mayo a diciembre de 2019):

- mayo -septiembre 2019 (búsqueda bibliográfica, primeras reuniones Equipo)

-octubre-diciembre 2019 (Realización de Carpetas con hoja de Consentimiento Informado, Folleto resumen del Proyecto, 2 test de screening)

Para la Segunda parte del Programa (2020)

- enero -mayo 2020 (implementación de las actuaciones a la población elegida)

-junio 2020 (corrección y primeras entrevistas a los casos considerados positivos, contacto con familiar y adolescente y actuación preventiva o tratamiento)

-octubre (tratamiento de los datos, estadísticas de los mismos, revisión, incidencias etc)

ANEXO: MATERIALES

CONTENIDO DE LA "CARPETA INDIVIDUAL":

** HOJA 3 (cuestionario SCOFF y cuestionario EAT-26)

TABLA 2

Eating attitudes test (EAT-26)

(Siempre Muy a menudo A menudo Algunas veces Raramente Nunca)

1 Me da mucho miedo pesar demasiado

2 Procura no comer aunque no tenga hambre

3 Me preocupo mucho por la comida

4 A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer

5 Corto mis alimentos en trozos pequeños

6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como

7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono

(por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)

8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más

9 Vomito después de haber comido

10 Me siento muy culpable después de comer

11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a

12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías

13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a

14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo

15 Tardo en comer más que las otras personas

16 Procuro no comer alimentos con azúcar

17 Como alimentos de régimen

18 Siento que los alimentos controlan mi vida

19 Me controlo en las comidas

20 Noto que los demás me presionan para que coma

21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida

22 Me siento incómodo/a después de comer dulces

23 Me comprometo a hacer régimen

24 Me gusta sentir el estómago vacío

25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas

26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

** HOJA 1 (CONSENTIMIENTO)

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA PEDIATRÍA MONZÓN-USMIJ HOSPITAL DE BARBASTRO

Yo....., como madre/padre tutor/tutora

de mi hijo/a, he sido informado/a del Screening que se va a efectuar a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

adolescentes nacidos en 2008 en el Centro de Salud de Monzón en 2020 (he recibido la información a través de las Peditras y/o Enfermera de Pediatría y/o de la USMIJ del Sector de Barbastro).

Firmando este documento y siempre que mi hijo/a quiera colaborar voluntariamente en él:

- Acepto que los datos del mismo puedan ser utilizados sólo para este programa y otros estudios posteriores que se puedan realizar cumpliendo la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Doy mi permiso para poder contactar conmigo en caso de que mi hijo/a pudiera ser seleccionada por pasar el corte de dichas encuestas, en este caso se le ofrecería orientación sobre las actuaciones que se podrían realizar .

Monzón. enero de 2020

Firma del Padre/Madre o tutor/a Firma del hijo/hija

** HOJA 2 FOLLETO (ADJUNTA)

ANEXO: MATERIALES

CONTENIDO DE LA "CARPETA INDIVIDUAL":

** HOJA 3 (cuestionario SCOFF y cuestionario EAT-26)

TABLA 2

Eating attitudes test (EAT-26)

(Siempre Muy a menudo A menudo Algunas veces Raramente Nunca)

- 1 Me da mucho miedo pesar demasiado
- 2 Procura no comer aunque no tenga hambre
- 3 Me preocupo mucho por la comida
- 4 A veces me he "atrachado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer
- 5 Corto mis alimentos en trozos pequeños
- 6 Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como
- 7 Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo, pan, arroz, patatas, etc.)
- 8 Noto que los demás preferirían que yo comiese más
- 9 Vomito después de haber comido
- 10 Me siento muy culpable después de comer
- 11 Me preocupa el deseo de estar más delgado/a
- 12 Hago mucho ejercicio para quemar calorías
- 13 Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a
- 14 Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo
- 15 Tardo en comer más que las otras personas
- 16 Procuro no comer alimentos con azúcar
- 17 Como alimentos de régimen
- 18 Siento que los alimentos controlan mi vida
- 19 Me controlo en las comidas
- 20 Noto que los demás me presionan para que coma
- 21 Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
- 22 Me siento incómodo/a después de comer dulces
- 23 Me comprometo a hacer régimen
- 24 Me gusta sentir el estómago vacío
- 25 Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
- 26 Tengo ganas de vomitar después de las comidas

** HOJA 1 (CONSENTIMIENTO)

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA PEDIATRÍA MONZÓN-USMIJ HOSPITAL DE BARBASTRO

Yo....., como madre/padre tutor/tutora de mi hijo/a, he sido informado/a del Screening que se va a efectuar a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

adolescentes nacidos en 2008 en el Centro de Salud de Monzón en 2020 (he recibido la información a través de las Peditras y/o Enfermera de Pediatría y/o de la USMIJ del Sector de Barbastro).

Firmando este documento y siempre que mi hijo/a quiera colaborar voluntariamente en él:

- Acepto que los datos del mismo puedan ser utilizados sólo para este programa y otros estudios posteriores que se puedan realizar cumpliendo la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal.

- Doy mi permiso para poder contactar conmigo en caso de que mi hijo/a pudiera ser seleccionada por pasar el corte de dichas encuestas, en este caso se le ofrecería orientación sobre las actuaciones que se podrían realizar .

Monzón. enero de 2020

Firma del Padre/Madre o tutor/a Firma del hijo/hija

** HOJA 2 FOLLETO (ADJUNTA). El programa de esta web no deja adjuntar como "foto" el triptico informativo que teníamos en word.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este programa acaba de iniciar su andadura, ya que en esta primera parte dell mismo consistía en en consensuar bibliografía, documentos que adjuntar y valoración y realización al efecto de los mimos, así como el tiempo en concreto de poder llevarlo a cabo simultaneándolo con las visitas concertadas de los adolescentes con sus peditras, para no sobrecargar de citas a los mismos y a sus familiares. Parte de los profesionales del Equipo se tuvieron que encargar de la edición, copia y gestión tanto de las carpetas individuales como de las citas con los usuarios. Esta cronología ya la hicimos constar en el Proyecto. Es en 2020 cuando vamos realmente a poder valorar el resto de indicadores (ya reseñados anteriormente a conseguir el próx. año). Esta etapa inicial, consideramos que es importante para poder facilitar tanto a los profesionales (que también tienen que seguir con su trabajo habitual y el proyecto), como a los usuarios una base que lleve a la realización efectiva del trabajo de campo y a la vez no interferir en exceso en su día adía

7. OBSERVACIONES.

Seguiremos con e Proyecto en el 2020

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1439 ===== ***

Nº de registro: 1439

Título
PROGRAMA DE DETECCION PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12-14 AÑOS, PEDIATRIA
MONZON-USMIJ

Autores:
RIVAS CALVETE MARTA, ARA USIETO MARISOL, GARCIA LACOMA MERCEDES, LAMARCA GAY ROCIO, JAVIERRE MIRANDA ELENA, ALLUE
BLANCO MARIA, LOPE DALMAU ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adolescentes/jóvenes
Tipo Patología: Trastornos mentales y del comportamiento
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Salud Mental
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Los Trastornos de Conducta Alimentaria (TCA) son problemas relevantes de salud mental que afectan principalmente a mujeres adolescentes y jóvenes.

Desde la USMIJ, hemos podido constatar que año tras año aparecen casos derivados por médicos de familia a nuestra Unidad, entorno a los 14-17 años con un deterioro importante no sólo a nivel físico (peso entre 15-17 de IMC) sino también con una patología psicológica de años de evolución respecto a la comida que les lleva a esa desnutrición. Esta situación hace que tan sólo recibir el caso a la Unidad, la mayor parte de ellos deban ingresar a nivel hospitalario para poder ser valorados físicamente, instaurar una nutrición y alcanzar un peso mínimo con el que poder abordar el proceso. Por otro lado, el partir de un bajo peso (por debajo de 16) hace más costoso y difícil la recuperación no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico, alargándose en el tiempo el tratamiento, y consecuentemente el sufrimiento del paciente y la familia.

La edad de 14 años, en nuestra Comunidad Autónoma, supone el paso del paciente adolescente desde Pediatría a Médico de Familia, supone también la finalización de las revisiones periódicas que se realizaban en Pediatría, y el paciente acude a su médico cuándo algún proceso leve le lleva él. Por ello posiblemente la familia contacta con el médico cuando los síntomas están ya instaurados (unido a la ocultación de los jóvenes de estos síntomas a sus familiares) y son evidentes para ellos, encontrándose el facultativo con el trastorno.

Desde Pediatría, son muchas las revisiones periódicas que se realizan, mucho más frecuentes cuando el niño o niña tiene corta edad, y se van espaciando en el tiempo a medida que el niño va creciendo y continúa sano. Con el desarrollo de los niños, en la pubertad, aunque los pediatras sondean respecto a los hábitos alimentarios, no disponen de protocolos que puedan incidir de forma expresa en la búsqueda de indicadores de posibles inicios de trastornos de la conducta alimentaria.

Es sabido que la edad en la que los adolescentes comienzan a tener pensamientos de adecuación o no con su imagen corporal comienzan tras el desarrollo puberal, es decir, desde los 12 a 14 años aproximadamente.

RESULTADOS ESPERADOS

Teniendo en cuenta lo anterior, y tras las coordinaciones con Pediatría, se ha decidido realizar este Programa conjunto entre Pediatría de Monzón y la UsmiJ del Sector de Barbastro con los siguientes objetivos:

- Detectar aquellos casos incipientes de jóvenes, hombres y mujeres, de entre 12 y 14 años que comienzan a tener pensamientos y actitudes desadaptativas relacionadas con la alimentación, la autoimagen, las emociones negativas, insatisfacción corporal, etc.
- Realizar un diagnóstico precoz de anorexia, bulimia, o TCANE (trastornos que no cumplen todos los criterios de anorexia o bulimia, que son los casos incipientes y posiblemente los más difíciles de detectar) y comenzar un tratamiento de los mismos en la UsmiJ.
- Reducir los ingresos hospitalarios de los pacientes con TCA

MÉTODO

- Revisión bibliográfica de la literatura científica, y de protocolos de otras comunidades autónomas (Andalucía, País Vasco, Cataluña, Canarias..)

- Reuniones de trabajo con Pediatras y UsmiJ:

*Elegir los métodos de Screening (EAT -28, SCOFF, ETC)

*Puntos de corte donde pasar los instrumentos: valorar conjuntamente de 12-14 años, cuántos puntos de corte se realizan para poder detectar a un adolescente que no tenga indicadores a una edad, pero pudiera tenerlos a los 6 meses por ejemplo. Debatirlo y concluir

*Realizar Hoja de Consentimiento Informado para los familiares y los pacientes

- Puesta en marcha del Screening, valorar si enfermera-pediatra; enfermera-componente de UsmiJ.

INDICADORES

Indicador 1: % de hojas de Screening

Fuente: Registro de seguimiento

Estandar 80%

Indicador 2: %Screening corregido

Fuente: Registros corregidos

Estandar: 70%

Indicador 3: %Positivos con 1 entrevista

Fuente: Entrevista personal

Estandar: 90%

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1439

1. TÍTULO

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA EN ADOLESCENTES DE 12 A 14 AÑOS, PEDIATRÍA MONZÓN- USMIJ

Indicador 4: %Casos inicio de tratamiento
Fuente: Citaciones
Estandar: 90%

Indicador 5: %Hoja consentimiento informado
Fuente: Entrevista explicatoria
Estandar: 80%

DURACIÓN

- mayo-septiembre 2019(búsqueda bibliográfica, primeras reuniones Equipo)
- octubre-diciembre (Realización de Carpetas con hoja de Consentimiento Informado, Breve resumen del Proyecto, 2 test de screening)
- enero-mayo 2020 (implementación de las actuaciones)
- junio (corrección y primeras entrevistas a los casos considerados positivos y tratamiento)
- octubre (revisión, incidencias etc

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE DIANA MUR BARRABES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SICART LONCAN SILVIA
GRACIA ASIN ESTHER
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
ANERILLAS ALJAMA DIEGO
MARTINEZ SILVA ANGELA
VALERA LEMUS ANA
FRANCES RAMI ESMERALDA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actuaciones se han englobado dentro del marco colaborativo instaurado en el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro. Con el mentado grupo se ha estudiado y especificado aquellos ítems a incluir dentro del registro de planilla de turno, así como un apéndice indicador del modo de cumplimentación para hacerlo de modo homogéneo y estandarizado.

Con el Servicio de Informática, se ha mantenido una colaboración activa para su paso a un formato informático y su acceso a Intranet (se ha valorado como mejor opción vs al sistema colaborativo por ser más fácilmente accesible), en cuyo proceso nos encontramos en la actualidad

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Creación de borrador de registro de turno
Creación de borrador de Procedimiento de Cumplimentación de la planilla de registro de turno

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras poner en práctica el sistema colaborativo de ficheros, se vio la necesidad de que el acceso al registro de turno debía resultar más fácilmente accesible, por lo que se acordó crear un acceso directo desde Intranet de nuestro Sector
Dado que la cumplimentación del registro de turno debe ser estandarizada y homogénea independientemente de quien la realice, se ha creado un documento de Procedimiento de Cumplimentación de la planilla de registro de turno

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/641 ===== ***

Nº de registro: 0641

Título
PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Autores:
MUR BARRABES DIANA, SICART LONCAN SILVIA, GRACIA ASIN ESTHER, ANERILLAS ALJAMA DIEGO, MARTINEZ SILVA ANGELA, VARELA LEMUS ANA, FRANCES RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Línea Estratégica .: Ninguna de ellas

Tipo de Objetivos .:

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

MÉTODO

Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.

Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.

Con las mentadas colaboraciones, se generará una planilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

INDICADORES

Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto

Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

DURACIÓN

OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno

NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno

13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno

MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables

ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho

ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE DIANA MUR BARRABES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. SUPERVISION DE ENFERMERIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

SICART LONCAN SILVIA
GRACIA ASIN ESTHER
MEDRANO MARTINEZ MARIA PILAR
ANERILLAS ALJAMA DIEGO
MARTINEZ SILVA ANGELA
VARELA LEMUS ANA
CASANOVA ROYO MARIA ANTONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización en formato Word del "Procedimiento de cumplimentación de la planilla de registro de turno" y del "Registro de turno" a enero de 2018, habiendo procedido a su entrega al Servicio de Informática para su informatización previa a la creación de pestaña en Intranet para posibilitar la implementación del proyecto

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Pendientes de progresión de los mentados pasos (informatización del formato y creación de pestaña en Intranet para registro) para valorar impacto y evolutivo del proyecto

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La elaboración a nivel informático del presente proyecto está suponiendo una dificultad añadida para la consecución del mismo, pese a lo cual, sigue siendo un proyecto alcanzable y con claras posibilidades de mejora en cuanto a registro y comunicación

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/641 ===== ***

Nº de registro: 0641

Título
PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

Autores:
MUR BARRABES DIANA, SICART LONCAN SILVIA, GRACIA ASIN ESTHER, ANERILLAS ALJAMA DIEGO, MARTINEZ SILVA ANGELA, VARELA LEMUS ANA, FRANCIS RAMI ESMERALDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: La población Diana receptora de la mejora derivada del presente proyecto versa sobre todo paciente usuario del Hospital de Barbastro, dado que crea una herramienta para optimizar la información que permite llenar los vacíos interturnos e interunidades, generando mayor seguridad y calidad en la atención dispensada
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La oportunidad de mejora del presente proyecto versa sobre la necesidad de mantenimiento de una continuidad asistencial y de gestión de recursos en la que se minimiza la pérdida de información derivada de los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0641

1. TÍTULO

PLANILLA INFORMATIZADA DE REGISTRO DE TURNO DE SUPERVISION DE ENFERMERIA EN SISTEMA COLABORATIVO DE FICHEROS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO: UNA COMUNICACION EFECTIVA Y EFICAZ

diferentes turnos laborales y de las unidades asistenciales que conforman el Hospital de Barbastro. La garantía de una información actualizada que unifica la continuidad de la dinámica de nuestro centro, permite que todo aquello concerniente a los cuidados, gestión de camas, gestión de personal e incidencias acaecidas se dirija a una actuación enfermera más ajustada e idónea.

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo del presente proyecto es la mejora en la transmisión y gestión de los datos en los cambios de turno de los supervisores de enfermería, generando un archivo común y multidireccional que optimice la comunicación entre las diferentes unidades y los turnos laborales, haciendo extensiva la mejora a las actuaciones de enfermería derivadas de ésta

MÉTODO

Las actuaciones se englobarán dentro del marco colaborativo instaurado con el Grupo de Hospitalización de nuestro centro, dentro del cual hay una comunicación directa y regular entre los diferentes supervisores del Hospital de Barbastro.

Con el Servicio de Informática, se seguirá la línea cooperativa instaurada en el proyecto de mejora 2016 con la creación del Sistema Colaborativo de Ficheros para generar una plantilla de registro de turno.

Con las mentadas colaboraciones, se generará una planilla de Registro de Turno dentro del sistema colaborativo de ficheros de Supervisión en la cual se contemplen aquellos aspectos que garantizan una continuidad asistencial de calidad, siendo un puente unificador entre turnos y entre Unidades de Hospitalización

INDICADORES

Porcentaje de supervisores integrados en el proyecto

Porcentaje de registros de turno realizados desde la implantación del proyecto

DURACIÓN

OCTUBRE DE 2016-NOVIEMBRE 2016 . Reunión de Grupo de Hospitalización con Servicio de Informática para lluvia de ideas de ideario de plantilla de Registro de Turno

NOVIEMBRE 2016-FEBRERO 2017 Realización de plantilla de Registro de Turno

13 DE FEBRERO 2017-24 DE FEBRERO DE 2017. Implementar la plantilla de Registro de Turno

MARZO 2017 Efectuar las modificaciones pertinentes en los puntos que se han observado mejorables

ABRIL 2017 Puesta en marcha del Proyecto y monitorización de indicadores.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ----- **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

Fecha de entrada: 30/01/2018

2. RESPONSABLE ALODIA ABAD RUIZ
· Profesión TRABAJADOR/A SOCIAL
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. TRABAJO SOCIAL
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BURREL RASO MATILDE ISABEL

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

-Elaboración de registro de incidencias

-Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social-SOCIAL

-Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

1º: Durante todo este tiempo recogeremos en un registro las INCIDENCIAS sobre casos en los que hemos intervenido así como la naturaleza de éstas. También se han dado consultas en relación a trámites desde Servicio de Admisión del Centro de Salud de Monzón y desde el Servicio Social de Base de Aínsa, que finalmente resolvieron y en los que no tuvimos que intervenir.

La Consulta del Centro Salud Monzón fue relativa a una renovación con pasaporte caducado y duda sobre documento justificativo en francés.

La consulta desde SSB Aínsa, fue por necesidad de atención urgente de una chica Brasileña, que tras comentar se derivó a Hospital y

A continuación presentamos los datos obtenidos de los casos recogidos sobre los que se ha intervenido en relación al acceso a la asistencia Sanitaria de Personas sin Recursos.

Casi el total han sido datos obtenidos desde Atención Primaria (Trabajadora Social) de los que ha ido recogiendo y añadido de ESR de BDU generando el listado de mayo a junio.

El total de casos estudiados han sido 68 quedando excluidos del resultado final, por no entrar en el Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Extranjeras Sin Recursos, 24 (resuelto el problema de la asistencia sanitaria por otras vías) y que quedan excluidos por los siguientes motivos:

- 1) 1 caso de un Pakistání GTN que quiere traer a su madre enferma a España.
- 2) 1 Búlgaro que termina teniendo GTN.
- 3) 5 casos NO / Pasivo BDU y NO Historia social.
- 4) 5 casos NO / Pasivo BDU y SI Historia.
- 5) 3 casos en los que han pasado a Residente y sin clasificar.
- 6) 1 caso de Hijo de ESR.
- 7) 1 caso que Termina como GBN, por ser esposa de español retornado.
- 8) 1 caso ESR pasa a PNC.
- 9) 6 casos ESR activo con Historia que tramita en Admisión.

La base de datos varía muy a menudo en cuanto a BDU: Bajas por cambios de domicilio, caducan y no renuevan, piensan que van a hacer contrato, esperan y les caduca, no tienen tiempo para renovar, los que pasan a GTN o GTB que también van apareciendo.

Todos estos supuestos y casos encontrados nos dan pistas sobre los puntos en los que encontramos más dificultad y problemas.

Nos gustaría añadir que las derivaciones para Trabajadora Social de Centro de Salud de Barbastro han sido realizadas por: Admisión en su mayoría seguidos de MAP y Servicio de Urgencias seguidos de "Calle" (boca a boca) y del INSS y de Servicios Sociales.

Podemos señalar del registro de casos que las derivaciones han sido desde:

1. MAP: 6
2. Desde la calle: 28
3. Administrativas: 13
4. Programa cambalache Cruz Blanca: 1
5. Cáritas: 1
6. INSS: 3

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

- 7. Trabajadora Social Hospital a C.Salud: 2
- 8. Médicos del Mundo:1
- 9. No registrado o se desconce: 13

TOTAL DERIVACIONES: 68

2º: Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR SOCIAL cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.

Desde la Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios se hizo llegar información sobre las vías de acceso a Atención Sanitaria a los Servicios de Admisión y SAU. Ambas trabajadoras sociales hemos estado en contacto con dichas unidades si ha sido preciso.

13 de los casos con incidencias han sido derivados por Administrativas lo que valoramos como positivo a la hora del cumplimiento de dicho objetivo.

Ambas trabajadoras sociales hemos estado en contacto con unidades señaladas pero ha sido básicamente la T.S. del Hospital la que ha atendido a los C. de Salud que no tienen T.S.

3º: Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.

Este resultado no lo hemos podido conseguir del modo planteado inicialmente, que era acudir a cada uno de los puntos clave y entregar información, pero sí que indirectamente se ha hecho llegar a través de los usuarios atendidos.

Teníamos planteada la actividad para septiembre-octubre pero por la marcha de la Trabajadora Social del Hospital resultado de movimientos del proceso selectivo en marcha

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

El total de los casos que hemos atendido y han accedido a la asistencia sanitaria por la vía de de la Instrucción del 7 de agosto de 2015 para personas extranjeras en Aragón ha sido de 68 de los cuales como hemos visto por diferentes motivos, 24 han quedado excluidos (35% aproximadamente).

Hemos encontrado que un importante volumen de los cumplían requisitos, desconocían el procedimiento, habiéndose encontrado en situación desprotección sanitaria durante todo ese tiempo.

La demanda de asistencia en el casi total ha derivado de situaciones urgentes o de necesidad por procesos de enfermedad o pérdida de salud. Momento en el que acudían a centro de salud u hospital pidiendo asistencia directamente o para gestionar el derecho en caso de tener cercanos que conociesen el procedimiento o los supiesen derivar.

Entendemos que como derecho ha de ser reconocido independientemente del uso que se haga de la Asistencia sanitaria o no.

Este es el aspecto que más nos preocupa después de todo este tiempo, pues no habiéndose producido modificaciones en la normativa hasta ahora, nos constan casos que siguen sin el Reconocimiento y teniendo derecho al acceso.

Otro aspecto preocupante de este sistema que encontramos que también dificulta es la necesidad de renovar anualmente el derecho, realizando nuevamente una solicitud.

Estamos empezando a encontrarnos con casos que habiendo tenido reconocido el Derecho a la asistencia sanitaria lo han perdido por pasar plazo de renovación.

También se ha detectado problema con la renovación por la caducidad anual de la tarjeta que da derecho a asistencia sanitaria La caducidad la pone en la TIS y se les suele avisar por carta cuando va a caducar pero los cambios de domicilio son muy habituales y muchas veces no les llega o por barreras idiomáticas no llegan a comprender. Esto va a suponer que un buen número tienen que volver a hacer todos los papeles nuevamente y se nos plantea la duda de si habría algún otro sistema o circuito que facilitase dicha renovación suponiendo mejora tanto de cara al paciente como a la administración.

Otra circunstancia que hemos detectado es que ha habido varios pacientes que han llegado a pagar alguna factura por no tenerlo tramitado teniendo derecho, no teniendo criterio para ello.

Por último nos gustaría terminar señalando la importante pérdida de salud que ha supuesto en algunos casos, la pérdida del derecho de asistencia y el desconocimiento de esta vía de acceso extraordinaria. Personas extranjeras, con derecho reconocido y con procesos crónicos o posteriormente con inicios de procesos no atendidos en momento inicial no han llegado a recibir atención en el momento adecuado conllevando una serie de consecuencias como indicamos sobre sus estado de salud y empeoramiento de éste.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1077 ===== ***

Nº de registro: 1077

Título
MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

Autores:
ABAD RUIZ ALODIA, BURREL RASO MATILDE ISABEL

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: No tienen porque presentar patología concreta.
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .: .
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Información/comunicación/relación con usuario/paciente/familiares
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La entrada en vigor de Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud supuso la "salida" del sistema sanitario de muchas personas extranjeras, en su mayoría, generando una situación y entorno de desprotección en todos ellos y su red familiar.

En Aragón se articularon dos vías de acceso al Sistema Público de Salud. Por un lado se estableció la posibilidad de fijar un Convenio Especial pagando una cuota fija mensual y por otro se creó el Programa Aragonés de Protección Social de la Salud Pública. La Instrucción que regulaba este último se modificó con fecha 7 de agosto de 2015 dando algo más de laxitud a los criterios como por ejemplo, tiempo requerido de empadronamiento así como el límite de ingresos anual, para poder acceder al sistema.

En nuestra práctica diaria como trabajadores sociales nos encontramos con casos que siguen quedando fuera del sistema de salud y que requieren de la asistencia y ante éstas situaciones y otras carencias detectadas por los profesionales que intervenimos con personas extranjeras sin recursos y usuarios que no tiene derecho a la asistencia sanitaria por ley.

La Dirección General de Derechos y Garantías de los Usuarios, ha hecho llegar a todos los trabajadores sociales y servicios de admisión, entre otros, un documento donde recuerda la posibilidad de acogerse al artículo 5 de la Instrucción de 7 de agosto que hace mención de los supuestos de "necesidad sanitaria o emergencia social" pudiendo acceder al sistema sanitario y quedando reconocido el derecho a la asistencia por medio de un informe social en los casos que no se cumplan todos los requisitos.

Como trabajadores sociales nos compete defender los derechos sociales de la población. Dentro del ámbito de la salud, las funciones de prevención y promoción de la salud en nuestras intervenciones individuales y familiares, grupales o comunitarias, implicando la necesidad de defender este derecho como base para un buen estado de salud y calidad de vida.

RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población extranjera en situación de vulnerabilidad social facilitando el acceso a la asistencia sanitaria, a través de la promoción de la Instrucción de 7 de agosto de 2015.
- 2) Que el personal que trabaja en nuestro entorno, tengan la información suficiente y necesaria para saber donde derivar a las personas que detecten sin tarjeta sanitaria.
- 3) Que se puedan establecer cauces de comunicación y cooperación entre las entidades sociales del entorno que trabajan con población extranjera y/o sin recursos.
- 4) Hacer llegar información sobre la Instrucción a los puntos estratégicos como locutorios, restaurantes, mezquitas, asociaciones de inmigrantes, etc y establecer cauces de comunicación con éstos, favoreciendo el hacer efectivo el derecho a asistencia sanitaria en los supuestos referidos.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1077

1. TÍTULO

MEJORA PARA ACCESIBILIDAD Y CONOCIMIENTO DEL DERECHO A ASISTENCIA SANITARIA DE LOS EXTRANJEROS Y PERSONAS SIN RECURSOS

- 5) Implicar a los servicios de admisión del Hospital y del Centro de Salud.
- 6) Llevar a cabo sugerencias de mejora para el procedimiento actual.

MÉTODO

Las trabajadoras sociales del Sector Sanitario de Barbastro, tanto de Atención Primaria (Centro de Salud de Barbastro) como de Especializada (Hospital de Barbastro) nos coordinaremos al respecto y trabajaremos en conjunto.

Para llevar a cabo nuestros objetivos nos plantearemos una serie de actividades.

- Durante todo este tiempo recogeremos INCIDENCIAS sobre casos que conocemos recogiendo y naturaleza de éstas
- Definir el CIRCUITO DE ACCESO A INFORMACIÓN Y DERIVACIÓN A TRABAJADOR social cuando no cumpla criterios y haya que estudiar el caso dirigido a los diferentes Servicios de Admisión y de S.A.U, en coordinación con trabajadores sociales de cada centro sanitario.
- Llegar a PUNTOS CLAVE de población extranjera haciendo DIFUSIÓN de la Instrucción y ESTABLECIENDO CAUCES DE COMUNICACIÓN con red de servicios sociales comunitarios y especializados y con entidades que trabajan con extranjeros.

INDICADORES

Recogeremos el número de:

A. Registro de casos derivados desde:

- SAU/ Admisión
- Otros sanitarios (médicos, enfermeras, etc)
- Servicios Sociales de Base u otros.
- La calle, es decir, que sean los propios extranjeros que deriven a familiares, amigos, compañeros...

B. Registro de Incidencias.

C. Puntos clave donde se ha hecho difusión.

DURACIÓN

Noviembre 2016:

1. Elaboración de:

- "Registro de incidencias" común.
- Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

Noviembre 2016- Mayo 2017: Registro de Incidencias y derivaciones.

Noviembre 2016 - Enero 2017:

- Determinar un mapa de puntos clave de cada Sector y establecer sistema de difusión.
- Difusión Circuito interno a cada centro para derivación de casos a los Servicios de Admisión y/o S.A.U al Trabajador social

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 3 Bastante

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Fecha de entrada: 08/02/2019

2. RESPONSABLE ISABEL PESQUER VILAS
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

PIQUERAS PLA CRISTINA
MALO ASO ALEJANDRA
MUR LASPALAS SARA
OLIVAR ORTEGA LORENA
MARTIN LOPEZ MIRIAN
ROPERO MAIZ MARGARITA
MC KINNEY ALBAR SINEAD

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se han realizado 10 sesiones semanales en el servicio dirigidas al personal TCAE de la unidad. Tras cada sesión se adjunta la documentación del tema tratado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Se han podido establecer líneas comunes de trabajo.
Se han adquirido los conocimientos básicos para desarrollar el trabajo diario.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La valoración es positiva por parte de docentes y participantes. Se ha tocado un amplio abanico de temas habituales en nuestra práctica diaria.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/244 ===== ***

Nº de registro: 0244

Título
ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

Autores:
PESQUER VILAS ISABEL, PIQUERAS PLA CRISTINA, MALO ASO ALEJANDRA, MUR LASPALAS SARA, OLIVAR ORTEGA LORENA, MARTIN LOPEZ MIRIAM, ROPERO MAIZ MARGARITA, MC KINNEY ALBAR SINEAD

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Ancianos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: CRÓNICOS COMPLEJOS
Línea Estratégica .: Crónico complejo
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La UCC es un servicio con poco más de un año de antigüedad que se pone en marcha desde cero, sin tener un conjunto básico de normas y rutinas de trabajo comunes. Hay que consensuar y organizar el trabajo diario y nos encontramos, por un lado, un grupo de TCAE con cierta experiencia laboral pero procedentes de servicios diversos y por otro lado, otro grupo con escasa experiencia hospitalaria. Entendemos pertinente este proyecto porque nos permite unificar criterios y ofrecer conocimientos con lo que pretendemos asentar una sólida base de trabajo en una línea común.

RESULTADOS ESPERADOS

- Reconocer el material básico para auxiliar a las enfermera en las técnicas básicas y toma de muestras.
- Ser capaz de dar los cuidados necesarios a la diversidad de pacientes: apoyo en la alimentación a los

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0244

1. TÍTULO

ESTABLECER CONOCIMIENTOS BASICOS PARA EL TCAE EN UNA PLANTA DE HOSPITALIZACION MEDICA

- pacientes con disfagia, practicar una higiene adecuada, prevención de lesiones por presión ...
- Actuación ante una PCR en planta y limpieza posterior de los materiales que se hayan utilizado (laringoscopio, ambú ...)
 - Necesidades especiales en los pacientes aislados. Conocer los distintos tipos de aislamientos.
 - Conocemos a nuestro paciente tipo: EPOC e IC

MÉTODO

Sesiones formativas semanales de 30 minutos de duración impartidas en el mismo servicio para que llegue al 100% de los trabajadores aunque estén en su jornada laboral.

INDICADORES

De cada sesión saldrá una pauta común de trabajo relativa al tema tratado.
Se entregarán por escrito los contenidos de cada sesión a cada participante.
Sensación percibida de mejora de conocimientos por parte de todo el equipo, lo que repercutirá en un trabajo más fluido y organizado y mejor aprovechamiento de recursos.

DURACIÓN

- 24 enero: Material básico para técnicas de enfermería: VP, SV y SNG
- 31 enero: Recogida de muestras: técnicas y recipientes
- 7 febrero: Toracocentesis, Paracentesis y Punción lumbar
- 14 febrero: Paciente con disfagia
- 21 febrero: Carro de paros. Actuación ante una PCR en planta
- 28 febrero: Productos de limpieza de material e higiene del paciente
- 7 marzo: Aislamientos
- 14 marzo: Limpieza del ambú
- 21 marzo: Fisiopatología básica del EPOC e IC
- 28 marzo: Material para cura de heridas

Una vez terminado el ciclo de sesiones, se hará una evaluación conjunta de los resultados obtenidos y se propondrán nuevas fechas si hiciera falta repasar algún tema o surgieran nuevas inquietudes formativas, siempre relacionadas con el paciente y las actividades de nuestro servicio.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0702

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE

Fecha de entrada: 30/01/2020

2. RESPONSABLE ALEJANDRA MALO ASO
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UNIDAD DEL CRONICO COMPLEJO
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Tras una primera reunión de grupo se recopilan las guías docentes de los cuatro cursos del grado de enfermería de las universidades: San Jorge, Escuela de enfermería de Huesca y Lleida
Se está trabajando en elaborar una guía con los objetivos a conseguir. Debido a la extensión de las guías docentes hemos encontrado gran complejidad para poder hacer nuestra guía útil para el personal del centro, a pesar de ello se encuentran en fase avanzada.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Debido a la escasez de alumnos que hemos tenido durante el último trimestre de 2019 y con la previsión de que estos aumentasen en el primer y segundo trimestre de 2020 se decidió que tanto los cuestionarios como la guía no se distribuyesen hasta no tener más alumnos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Está previsto que a lo largo del mes de febrero de 2020 se inicie la primera evaluación con el cuestionario al personal del centro.
Como ya se indicó en la solicitud del proyecto la previsión es terminarlo en Septiembre de 2020

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/702 ===== ***

Nº de registro: 0702

Título
MANUAL PARA LOS COLOBORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DEL DOCENTE

Autores:
MALO ASO ALEJANDRA, BORRELL BORRELL EVA, DOMECH LLORET REYES, SICART LONCAN SILVIA, PUEYO VICENTE YOLANDA, BRAVO TRICAS IRENE, VILCHEZ BRUNED ELENA, ABADIA TORRALBA CONCEPCION

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Estudiantes
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En numerosas ocasiones los colaboradores de estancias clínicas no conocemos con exactitud ni las habilidades ni los conocimientos que deben adquirir los alumnos que se encuentran realizando prácticas en nuestro servicio dependiendo de los estudios y el curso en el que se encuentran.

RESULTADOS ESPERADOS

Que todo el personal colaborador de estancias clínicas tanto de los alumnos de grado de Enfermería como de Técnico de cuidados auxiliares de Enfermería conozca con exactitud las habilidades y conocimientos que debe alcanzar cada alumno al finalizar su rotatorio dependiendo de sus estudios curso y servicio en el que haya

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0702

1. TÍTULO

MANUAL PARA LOS COLABORADORES DE ESTANCIAS CLINICAS: CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES A ALCANZAR POR LOS ALUMNOS. GUIA DOCENTE

realizados sus prácticas. Disminuir la variabilidad entre los diferentes servicios y docentes.

MÉTODO

Crear unas pautas basándonos en los objetivos que nos proporcionan tanto las universidades y escuelas de enfermería como los centros de formación de TCAEs.

Distribuir dichas pautas y aclarar las dudas que puedan surgir entre los profesionales donde los alumnos se encuentren realizando sus prácticas

INDICADORES

En primer lugar se proporcionará un cuestionario a los futuros colaboradores de estancias clínicas para evaluar los conocimientos que poseen sobre que consideran que deben aprender los alumnos durante su estancia en el servicio y seguidamente se les entregaran las pautas que vamos a realizar para que conozcan con exactitud dichos conocimientos y habilidades.

Una vez los alumnos hayan completado su estancia clínica en el servicio los colaboradores de estancias clínicas volverán a realizar el mismo cuestionario que se les paso previo al conocimiento de las pautas y así podremos evaluar si estas han sido efectivas y por lo tanto nuestros alumnos están aprendiendo lo que consideran en sus centros de formación para su curso y estudios.

También se realizará un test a los alumnos una vez hayan finalizado sus prácticas y así poder valorar si han alcanzado los conocimientos y objetivos esperados.

DURACIÓN

Abril- junio 2019: Elaboración de formularios y pautas

Septiembre- octubre 2019: cumplimentación de los formularios y difusión de las pautas entre los diferentes colaboradores de estancias clínicas.

Julio 2020: Análisis de los resultados

Septiembre 2020: Exposición de resultados

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 - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE ELENA TOA LARDIES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VALLES TORRES ELISA
LOBERA PRIETO CARMEN
CALVO SARVISE MARIA JOSE
SALAS ESCRIBANO LORENA
IBOR MARCUELLO MONICA
TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DE EQUIPO OCTUBRE 2016: Presentación del proyecto y reparto de tareas.
REUNIÓN DE EQUIPO MARZO 2017: Revisión del trabajo realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
-Organización de todo el material de aislamiento (carro y baño asistido),que todo el personal conoce
-Talleres de aislamientos,con el personal de urgencias .

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
En seguimiento

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/193 ===== ***

Nº de registro: 0193

Título
GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Autores:
TOA LARDIES ELENA, VALLES TORRES ELISA, IBOR MARCUELLO MONICA, MUR BORRACHERO LORENA, TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA, CALVO SARVISE MARIA JOSE, LOBERA PRIETO CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS). A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI's y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación. La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.

Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)

- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitar la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

MÉTODO

- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
- (% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

INDICADORES

1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener "aislamiento" pautado en PCH.
 2. Los pacientes con "aislamiento" pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
 3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
- Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
 5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

DURACIÓN

1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Fecha de entrada: 18/02/2019

2. RESPONSABLE ELENA TOA LARDIES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

VALLES TORRES ELISA
SALAS ESCRIBANO LORENA
GRACIA MAIRAL AIMAR
LACOMA ABADIA ANA
GRACIA MARGALEJO LAURA
TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA
GARCES CAMPO BEGOÑA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Talleres de diferentes tipos de aislamientos con el personal de urgencias
En las jornadas de calidad del Hospital de Barbastro, presentación de comunicación oral " Uso de mascarillas en ambiente hospitalario "
Elaboración de un díptico informativo para el paciente "posible caso gripe ", triado y que debe esperar en urgencias .
Se retira sistema de almacenamiento de mascarillas FPP2 / FPP3 por el mal uso que se estaba realizando.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

El personal de urgencias se ha familiarizado con los diferentes tipos de aislamiento, por consiguiente se ha mejorado la seguridad del paciente y de los trabajadores .
Se ha disminuido la variabilidad en los procedimientos de aislamiento y se utiliza el material de manera mas eficiente .
Se ha establecido un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa .
Se ha mejorado la comunicación de los profesionales hacia pacientes y acompañantes en caso de aislamiento.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Presentamos memoria final del proyecto, ya que se han alcanzado los objetivos previstos, mejorando los conocimientos del personal y disminuyendo la variabilidad.
Con la puesta en marcha de un grupo de trabajo en el servicio de urgencias, dirigido a las necesidades formativas y de reciclaje del personal, incluiremos información referida a los aislamientos según necesidades detectadas en el mismo servicio, para mejorar la calidad asistencial .
Una característica del servicio de urgencias, es el cambio continuo de personal y la necesidad de formación continua .

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/193 ===== ***

Nº de registro: 0193

Título
GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Autores:
TOA LARDIES ELENA, VALLES TORRES ELISA, IBOR MARCUELLO MONICA, MUR BORRACHERO LORENA, TUTUSAUS ARDERIU CRISTINA, CALVO SARVISE MARIA JOSE, LOBERA PRIETO CARMEN, SALAS ESCRIBANO LORENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica ..: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos ..:
Otro tipo Objetivos:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

En agosto del 2014 llegó a España la enfermedad por el virus del Ébola (EVE), procedente de países como Sierra leona, Guinea y Liberia, denominados zonas endémicas. Dicha enfermedad letal tanto en los países de procedencia como en el continente europeo, se estimó en este último brote, la tasa promedio de mortalidad en un 50% (OMS). A la hora de tratar un posible caso en el servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, se objetivó que el personal sanitario no estaba suficientemente formado en prevención y el uso de EPI's y aunque había protocolos de aislamiento intrahospitalarios, se encontraron múltiples irregularidades, deficiencias en estructuras arquitectónicas y el personal sanitario se sentía indefenso por la falta de formación.

La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con patología infectocontagiosa y las infecciones nosocomiales han sido frecuentes cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

Ante la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas atendidas en un servicio de urgencias, entendemos la importancia de implementar mejoras en seguridad, por ello creemos conveniente este plan de mejora.

Se plantean los siguientes objetivos (líneas de introducción)

- Disminuir la variabilidad estableciendo las recomendaciones en el ámbito de urgencias.
- Mejorar la seguridad del paciente y de los trabajadores.
- Utilizar los recursos de forma eficiente adecuando el material a cada situación concreta.
- Evitar la exposición de riesgo biológico a los trabajadores.
- Disminuir incidencia de infecciones nosocomiales.

RESULTADOS ESPERADOS

- Establecer un plan de actuación basado en evidencia científica actual que incluya medidas de mejora, concretas y evaluables, que contribuyan a gestionar los aislamientos hospitalarios haciéndolas más eficientes.
- Que todo el personal sanitario se familiarice con los tipos de aislamiento y actuación a seguir en los mismos.
- Establecer un circuito asistencial ante un posible caso de enfermedad infecto-contagiosa.
- Aumentar la seguridad de los trabajadores y del propio usuario.
- Mejorar la comunicación de los profesionales hacia los pacientes y acompañantes.
- Evaluación de la mejora de los resultados.

MÉTODO

- Analizar la situación actual en el servicio de urgencias.
- Selección del grupo de trabajo.
- Elaboración de un procedimiento de actuación basado en la evidencia científica actual.
- Formación de todo el personal de urgencias mediante sesiones clínicas.
- (% personal formado mediante sesión clínica= profesionales formados / total de profesionales del servicio x 100)
- Índice de satisfacción. Encuesta tras la sesión clínica para medir la satisfacción de los profesionales formados.
- Elaboración de posters indicando tipos de aislamiento y medidas a tomar.
- Permanente actualización con el servicio de preventiva.
- Realizar un inventario del material de aislamiento y revisar el mismo con periodicidad mensual.
- Actualización del carro de aislamientos.
- Inclusión de las recomendaciones en la intranet del sector.
- Evaluación y puesta en marcha de las acciones de mejora.
- Crear buzón de incidencias para los profesionales.

INDICADORES

1. Los pacientes con enfermedad infectocontagiosa deben de tener "aislamiento" pautado en PCH.
 2. Los pacientes con "aislamiento" pautado en PCH deben de tener realizado el aislamiento correcto.
 3. El personal del servicio debe estar formado mediante sesión clínica.
- Formar al personal del servicio en aislamientos.
4. Medir índice de satisfacción de los profesionales formados.
 5. Protocolo finalizado y colgado en la intranet.

DURACIÓN

1. Inicio proyecto : Septiembre 2016
2. Reparto de tareas : Octubre 2016
3. Sesiones clínicas: Diciembre 2016.
4. Indicadores a evaluar y nuevas propuestas de mejora (reevaluación): Febrero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 3 Bastante
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0193

1. TÍTULO

GESTION DEL MATERIAL DE AISLAMIENTO EN LA ASISTENCIA A PACIENTES CON POSIBLE ENFERMEDAD DE ALTA CONTAGIOSIDAD EN URGENCIAS

GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 17/02/2018

2. RESPONSABLE NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN
CLIMENTE LATORRE DIANA
ARCAS VILLACAMPA MERCEDES
BRAVO TRICAS IRENE
GONZALEZ GARCIA MAGDALENA
CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Se realizó una búsqueda bibliográfica en una segunda reunión del equipo en el mes de mayo. Se encontró material de otros centros, sobretodo dirigido para personal de "pool". Asimismo en esa reunión se elaboró una encuesta de satisfacción a personal que de nueva incorporación en nuestra unidad.
 - La encuesta se realizó a personal de nueva incorporación que había pasado por nuestra unidad los dos años anteriores a esta fecha tanto personal de enfermería como auxiliares de enfermería.
 - A partir de las encuestas y de un diagrama causa-efecto de Ishikawa se identificaron los posibles problemas de nuestra unidad.
 - Durante los meses de septiembre a enero se ha realizado un tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado tales como números de teléfono usuales, estructuración del área de urgencias, número de camas, sistema de triaje, etc. A la vez se han diseñado unas hojas donde de forma esquematizada encontramos las tareas para cada grupo profesional en cada turno y en las diferentes ubicaciones de nuestra unidad. Así, quedan explícitas en cada hoja de forma rápida y visual. Cuando el profesional de nueva incorporación llega a una ubicación en nuestro servicio puede recurrir a la hoja informativa que allí se encuentra para servirle de apoyo en las tareas a realizar.
- En el momento actual se está a la espera de validación por dirección del material realizado, puesta en marcha del proyecto y realización de una nueva encuesta para la evaluación del proceso realizado.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
EN SEGUIMIENTO

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
EN SEGUIMIENTO

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/206 ===== ***

Nº de registro: 0206

Título
GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
DIAZ MARTINEZ NOEMI, MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN, CLIMENTE LATORRE DIANA, ARCAS VILLACAMPA MERCEDES, BRAVO TRICAS IRENE, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA, CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD, LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRABAJADORES DEL SALUD
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Otro Enfoque.....: MEJORAR ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO EN UN SERVICIO ESPECIAL

PROBLEMA

En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitantes, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores.

Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento.

Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
- Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
- Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
- Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
- Facilitar la integración del trabajador.
- Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
- Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo
4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

INDICADORES

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas
-----X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas
----- X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción

Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas
-----X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

DURACIÓN

Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Fecha de entrada: 11/03/2019

2. RESPONSABLE NOEMI DIAZ MARTINEZ
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN
CLIMENTE LATORRE DIANA
ARCAS VILLACAMPA MERCEDES
BRAVO TRICAS IRENE
GONZALEZ GARCIA MAGDALENA
CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD
LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Se realizó una búsqueda bibliográfica en una segunda reunión del equipo en el mes de mayo. Se encontró material de otros centros, sobre todo dirigido para personal de "pool". Así mismo en esa reunión se elaboró una encuesta de satisfacción a personal que de nueva incorporación en nuestra unidad.

La encuesta se realizó a personal de nueva incorporación que había pasado por nuestra unidad los dos años anteriores a esta fecha tanto personal de enfermería como auxiliares de enfermería.

A partir de las encuestas y de un diagrama causa-efecto de Ishikawa se identificaron los posibles problemas de nuestra unidad.

Durante los meses de septiembre a enero se realizó un tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado tales como números de teléfono usuales, estructuración del área de urgencias, número de camas, sistema de triaje, etc. A la vez se diseñaron unas hojas de forma esquematizada encontramos las tareas para cada grupo profesional en cada turno y en las diferentes ubicaciones de nuestra unidad (traje, consultas generales, críticos y sala observación). Así, quedan explícitas en cada hoja de forma rápida y visual. Cuando el profesional de nueva incorporación llega a una ubicación en nuestro servicio puede recurrir a la hoja informativa que allí se encuentra para servirle de apoyo en las tareas a realizar.

Una vez validado todo el material por la dirección del hospital se divulgó nuestro programa entre los profesionales de nuestro servicio y se instauraron las hojas informativas en cada ubicación de urgencias. Cuando acude un nuevo profesional sanitario a nuestro servicio la supervisora le enseña el servicio, le presenta a los compañeros y le entrega el tríptico informativo para su uso personal, a su vez, se le explica cómo usar las herramientas de consulta rápida que atañen la dinámica de trabajo, éstas, están ubicadas en cada una de las diferentes ubicaciones.

Tras la instauración de nuestro proyecto, se elaboró una nueva encuesta de satisfacción al personal de nueva incorporación para poder evaluarlo.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Los primeros resultados obtenidos fueron la evaluación de las encuestas antes de instaurar el proyecto. Tenemos una muestra pequeña respecto a la muestra total de personas de nueva incorporación que pasaron durante los dos años antes del proyecto por nuestro servicio. Esta falta de muestra se debe a que la mayoría de profesionales se han jubilado, están trasladados a otros hospitales y bajas por enfermedad. A pesar de ello, en estas encuestas los profesionales dejan constancia de la necesidad de unas herramientas que les dé más seguridad en el trabajo debido a la especialización de nuestro servicio.

Las encuestas realizadas tras el proyecto revelan los resultados de los indicadores que nos habíamos propuesto en un principio.

Entre ellos obtenemos un 85,71% de personal de nueva incorporación encuestado. Partíamos de alcanzar un 70%. Al 81% se le realizó el plan de acogida. Fueron acogidos por la supervisora, visita guiada por la unidad y se les entregó el tríptico de acogida y las hojas informativas del área donde iban a estar ubicados.

Otro ítem a tener en cuenta es el grado de satisfacción de la guía rápida elaborada que les permite obtener información de sus tareas a realizar. En este indicador se ha obtenido un 100% de satisfacción.

Tras la divulgación del proyecto, los profesionales sanitarios del servicio se muestran más seguros al contar con una herramienta útil y rápida de apoyo cuando sus compañeros de nueva incorporación les piden ayuda sobre la dinámica del servicio. A su vez, los encuestados refieren que se sienten más seguros y más independientes en sus tareas al estar registradas de forma fácil y ágil.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Este equipo de mejora valora muy positivamente la implantación de una guía rápida del funcionamiento interno para personal de nueva incorporación. Este material es fundamental sobre todo cuando nuestro servicio tiene una gran demanda asistencial y a su vez acude una persona que no ha estado anteriormente en nuestro servicio en un día festivo que la supervisora no puede realizar la pertinente acogida al servicio.

Es un material ágil donde se especifican las tareas de forma clara de cada ubicación para cada profesional y según el turno del día en el que nos encontramos.

Con ello, podemos nombrar algunos de los objetivos planteados alcanzados. Se evita la distorsión del ritmo de trabajo, se disminuye la ansiedad del profesional en su primer día en el servicio y sobre todo ganamos en seguridad.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Hasta ahora sólo contábamos con un gran dossier dónde se explica detalladamente todo el funcionamiento del servicio, pero este material es inviable para un profesional que sólo va a estar puntualmente en nuestro servicio.

Nuestras hojas informativas, no sólo se han realizado de las ubicaciones que ocupan los profesionales recién llegados, sino que también están descritas aquéllas como triaje y críticos. En estas ubicaciones no se ha evaluado la satisfacción del profesional mediante encuesta. Nos sería de gran ayuda saber si este proyecto también es de interés para los profesionales que son habituales en nuestro servicio y asumen por primera vez una ubicación específica de gran responsabilidad.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/206 ===== ***

Nº de registro: 0206

Título
GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

Autores:
DIAZ MARTINEZ NOEMI, MARTINEZ MAESTRO ANA BELEN, CLIMENTE LATORRE DIANA, ARCAS VILLACAMPA MERCEDES, BRAVO TRICAS IRENE, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA, CONTRERAS AGUILERA FELICIDAD, LOPEZ SANVICENTE MARIA CARMEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: TRABAJADORES DEL SALUD
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales
Otro Enfoque.....: MEJORAR ADAPTACIÓN AL NUEVO PUESTO DE TRABAJO EN UN SERVICIO ESPECIAL

PROBLEMA

En el Hospital de Barbastro, que abarca una población de 150.000 habitante, se atienden pacientes de cualquier edad y todo tipo de patologías. Por ello, nuestro personal debe ser competente ante las diferentes situaciones que nos encontramos día a día. Para cubrir las necesidades de nuestra plantilla como el periodo vacacional, bajas, permisos, etc., se origina un gran movimiento de personal de nueva incorporación, lo que produce una lógica incertidumbre para el recién llegado y también para el resto del equipo. Esto, nos hace plantear la necesidad de realizar una herramienta que facilite la adaptación e integración de nuevos trabajadores. Nuestra experiencia nos lleva a la idea de la necesidad de una herramienta práctica y sencilla para facilitar el conocimiento de la unidad, su organización y funcionamiento, sobre todo pensando en el personal eventual que no dispone de tiempo de adaptación por la prontitud de su llamamiento. Es una propuesta encaminada a mejorar la acogida facilitando el primer contacto para que la integración sea de la manera más eficaz y así disminuir la ansiedad y aumentar la seguridad con los niveles óptimos de calidad.

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar la adaptación del personal de nueva incorporación en la unidad de Urgencias.
- Fomentar desde el inicio de la relación laboral, la motivación e implicación de los profesionales de nueva incorporación.
- Disminuir la ansiedad que genera en el profesional la primera toma de contacto con nuestra unidad.
- Evitar la distorsión en el ritmo de trabajo.
- Facilitar la integración del trabajador.
- Que el personal de nueva incorporación tenga herramientas para trabajar con seguridad.
- Crear una guía rápida de orientación a nivel asistencial a los profesionales de nueva incorporación.
- Diseñar una herramienta de uso rápido que se adapte a las necesidades detectadas en el personal de nueva incorporación.
- Mejorar las relaciones interpersonales.

MÉTODO

1. Búsqueda bibliográfica sobre planes de acogida y funciones enfermeras en unidades específicas. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.
2. Realización de encuesta de satisfacción del plan de acogida vigente a personal de nueva incorporación a nuestra unidad. Todo el equipo
3. Análisis de la encuesta y valoración de propuestas. Todo el equipo

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0206

1. TÍTULO

GUIA RAPIDA DEL FUNCIONAMIENTO INTERNO DE LA UNIDAD DE URGENCIAS PARA PERSONAL DE NUEVA INCORPORACION

4. Identificación de problemas a través de lluvia de ideas. Todo el equipo
5. Análisis de problemas con un diagrama causa-efecto de Ishikawa. Todo el equipo
6. Elaboración del diseño de las hojas rápidas informativas de la organización y funcionamiento de cada área de urgencias, así como tríptico de bienvenida con datos de interés para el recién llegado. Las enfermeras del equipo realizarán las hojas de enfermería y las TCAEs realizarán la parte de auxiliares.
7. Aplicación y divulgación de la nueva herramienta de acogida al personal de nueva incorporación. Todo el equipo
8. Elaboración encuesta postacogida para evaluar las medidas establecidas. Todo el equipo
9. Análisis de la encuesta. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz
10. Evaluación y divulgación del proceso. Irene Bravo, Ana Belén Martínez, Mari López y Noemí Díaz.

INDICADORES

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas
-----X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar, el 70% de las enfermeras de nueva incorporación encuestadas.

Nº enfermeras de nueva incorporación acogidas
----- X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación

Estándar el 80% de enfermeras de nueva incorporación se les informará del plan de acogida.

Indicador de resultado: dimensión satisfacción

Nº enfermeras de nueva incorporación satisfechas
-----X 100

Nº enfermeras de nueva incorporación encuestadas

Estándar, el 60% de las enfermeras de nueva incorporación están satisfechas.

DURACIÓN

Búsqueda bibliográfica SEPTIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción OCTUBRE, NOVIEMBRE

Identificación y análisis de problemas SEPTIEMBRE

Diseño hojas informativas y tríptico NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Aplicación del plan de mejora DICIEMBRE

Elaboración encuesta satisfacción del plan de mejora DICIEMBRE, ENERO, FEBRERO

Análisis de la encuesta y evaluación del proceso MARZO, ABRIL

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS 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 - 2016/0697

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

Fecha de entrada: 15/02/2018

2. RESPONSABLE MARTA ANDRES ALIERTA
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
ARNALDA BAILO ISABEL
DOMEC LLORET REYES
FERNANDEZ PORTAL TERESA
LACASA FENES PAZ
DIESTE SILVA PURIFICACION
PALACIOS DIAZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
REUNION DEL EQUIPO EN OCTUBRE DEL 2016: explicación del método y reparto de tareas.
REUNIÓN DEL EQUIPO EN FEBRERO DEL 2017 : Revisión del trabajo realizado

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Cambio del armario de organización de documentación de pacientes en consulta y pendientes de resultados.
Organización de la documentación de críticos.
Organización de los documentos de sala de observación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
seguimiento.

7. OBSERVACIONES.
Seguimiento.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/697 ===== ***

Nº de registro: 0697

Título
ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

Autores:
PESQUER VILAS ISABEL, ANDRES ALIERTA MARTA, ARNALDA BAILO ISABEL, DOMEC LLORET REYES, GROS SANAGUSTIN LAURA, POLO MARTINEZ MARTA, FERNANDEZ PORTAL TERESA, LACASA FENES PAZ

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología ...: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Accesibilidad, comodidad, confort
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
A pesar de las obras de ampliación realizadas en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro hace ya 10 años, en nuestro día a día es evidente que el espacio se queda pequeño. Hay dos periodos claros en los que se produce un aumento de las asistencias:
- periodo invernal: reagudización de la patología de base en nuestra población envejecida
- periodo estival: aumento de la población por el turismo y cierre de camas en el hospital
Especialmente en estas épocas se genera un desequilibrio entre la demanda asistencial y los recursos materiales y humanos. Nos vemos obligados prácticamente a duplicar nuestra capacidad física para seguir atendiendo pacientes y que no se disparen las horas de espera. En estos momentos hemos detectado una falta de control en la ubicación de los pacientes y dificultando la tarea asistencial. Creando también situaciones estresantes y un enrarecimiento del clima laboral.
Ante esta situación que se repite año tras año, hemos decidido ponernos en marcha para unificar la forma de ubicar y organizar la documentación de los pacientes. De esta forma aumentar la seguridad de los pacientes y

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0697

1. TÍTULO

ORDEN Y CONTROL EN EL AREA DE TRABAJO

disminuir en estos momentos la sensación de "caos".

RESULTADOS ESPERADOS

Nuestros OBJETIVOS son:

En relación al paciente:

1.- Aumentar la seguridad del paciente

1.1.- Tener controlada la ubicación física de todos los pacientes que estén en un momento determinado en urgencias.

1.2.- La documentación clínica correspondiente a cada paciente ha de estar ordenada y archivada adecuadamente.

2.- Que se sienta satisfecho con la atención recibida

En relación a los profesionales:

1.- Esperamos mejorar el clima laboral.

2.- Mejorar la satisfacción del profesional

En relación a la institución:

1.- Mejorar la efectividad de nuestro trabajo al no tener que invertir tiempo extra buscando resultados de pruebas que se han extraviado.

MÉTODO

Justificamos la elección del problema usando el método de Hanlon.

Rellenaremos un diagrama de Issikawa realizando una lluvia de ideas para conocer qué variables afectan a nuestro problema.

Una vez completado analizaremos sobre qué variables podemos incidir.

Para priorizar nos basaremos en la comparación por pares y diagrama de Pareto.

Identificación de problemas a través de una tormenta de ideas, participará todo el equipo.

Modificación del armario archivador de documentación de pacientes, acorde al número de reconocimientos.

Solicitar planchetas numeradas con todas las posibles ubicaciones de los pacientes.

Solicitar autorización para que enfermería pueda modificar la ubicación de los pacientes en el programa informático PCH.

Aplicación y divulgación a todo el personal, de las nuevas herramientas de trabajo.

INDICADORES

Los indicadores serán:

- Número de pacientes que están bien ubicados en un momento determinado en el PCH.
- Número de pacientes que tienen la documentación clínica bien ordenada.
- El panel con las etiquetas de los pacientes que están en urgencias está actualizado en todo momento.
- Los papeles de los pacientes que se han ido de alta están recogidos y archivados.
- La mesa del control está limpia de papeles (analíticas, electros, etiquetas...)
- La enfermera de triaje conoce el estado de ocupación de los reconocimientos.
- La enfermera de triaje conoce a los pacientes que están esperando en la sala de espera.
- Número de reclamaciones provocadas por esta situación.

Haciendo cortes en diferentes momentos del día y de la semana, comprobaremos en qué grado se cumplen los indicadores anteriores.

Después de la intervención, reevaluaremos para conocer la eficacia de nuestras actuaciones

DURACIÓN

Inicio del proyecto y solicitud de aprobación: junio de 2016

Explicación del método y reparto de tareas: octubre 2016

Sesión clínica y puesta en común: noviembre 2016

Aplicación de las medidas a tomar: noviembre 2016

Reevaluación: enero 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN : 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS : 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . : 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES : 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0966

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE ELISA VALLES TORRES
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS
TORRES PENA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MAGDA
RENAU GONZALEZ LAIA
GARCES CAMPO BEGOÑA
ASPAS LARTIGA CARLOS
TOA LARDIES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Formación de grupo de trabajo y organización de tareas por grupos.
Diseño de un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
Encuesta al personal del servicio de urgencias sobre las técnicas de interés para realizar las sesiones clínicas.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Todavía no se han obtenido resultados palpables, ya que por motivos de disolución del grupo de trabajo por motivos varios (cambio de lugar de trabajo, traslados y oposiciones) se decidió paralizar el proyecto hasta la estabilización y creación de un nuevo equipo.
Se ha vuelto a crear el equipo con un valor añadido, incorporar a compañeros que han trabajado, anteriormente y en este momento en la UCI de nuestro hospital, para poder unificar actuaciones.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Hubo un gran interés por parte de los compañeros al presentar el proyecto de formación continuada y la futura realización de sesiones con técnicas del paciente crítico en urgencias.
Queda pendiente estandarizar actuaciones ante el paciente crítico para disminuir la variabilidad y mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados. Elaborar un calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados con encuestas de satisfacción.

7. OBSERVACIONES.
Sentimos no poder mostrar una memoria completa del proyecto y nos gustaría poder tener la oportunidad de realizarlo.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/966 ===== ***

Nº de registro: 0966

Título
ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CON RCP E IOT Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Autores:
VALLES TORRES ELISA, LACOMA ABADIA ANA MILAGROS, TORRES PEÑA ISABEL, GARGALLO BERNAD CESAR, GONZALEZ GARCIA MAGDALENA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: PARADA CARDIO RESPIRATORIA
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0966

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Formación de los profesionales

Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

INTRODUCCIÓN. La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención paciente con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales. Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente con PCR y de la técnica de intubación.

IMPORTANCIA Y UTILIDAD DEL PROYECTO. El objetivo general es la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

RESULTADOS ESPERADOS

1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente crítico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.

MÉTODO

1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados.
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados. (Mayo-Junio y Noviembre-Diciembre)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.

INDICADORES

1. Constatar la elaboración del plan de formación
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
 - Número de profesionales que reciben la formación.
 - Autoevaluación al finalizar las sesiones para comprobar la asimilación de los conocimientos impartidos por medio de cuestionario.
 - Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

DURACIÓN

1. Elaboración de Plan de formación: Enero- Abril 2017.
2. Puesta en marcha: Mayo-Junio 2017.
3. Autoevaluación: Junio 2017.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR RESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 3 Bastante
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 3 Bastante
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE MARIA JOSE BUISAN GIRAL
· Profesión FARMACEUTICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
BORDAS BUIL YOLANDA
TORRES PEÑA ISABEL
BENITO RUIZ BEATRIZ
LORIENTE MARTINEZ CLARA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA
EITO CUELLO JUAN JOSE

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
- Se han realizado 3 reuniones del grupo
- Análisis de la situación en los EAP y urgencias (no se disponía de protocolos)
- Reparto de las tres patologías seleccionadas entre los miembros del grupo
- Actualización y envío a los coordinadores de los EAP y al servicio de urgencias del hospital el listado de medicamentos analgésicos disponibles en los botiquines de los EAP
- Búsqueda y clasificación de la bibliografía
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento. Además de bibliografía también se ha realizado el envío de boletines farmacoterapéuticos del ámbito del SNS en los que aparecen dichos algoritmos.
- Se han establecido los criterios para la elaboración de la guía: escalas de abordaje del dolor, algoritmos de tratamiento farmacológico, líneas de abordaje, establecer los criterios para pasar de una línea a otra... Se concretará cuanto más mejor el fármaco a utilizar basándonos en criterios de eficacia, seguridad y eficiencia.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
· Hasta el momento no se han alcanzado la totalidad de los objetivos propuestos, es necesario continuar con el proyecto en 2018, consolidando las reuniones y la coordinación entre AP y urgencias, tratando además de incorporar a otros servicios.

ACTIVIDADES PENDIENTES
- Actualmente estamos en la fase de revisión de la bibliografía por parte de cada grupo y realización de algoritmos de tratamiento.
- Elaborar protocolos consensuados entre AP y servicio de urgencias que puedan ser consultados y seguidos por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Difusión y formación en Centros de Salud y Hospital.

- Posibilidad de editar una guía y trípticos para difusión y consulta
- Posibilidad de incorporar al grupo a otras especialidades (2018).
- Estudio de la posibilidad de incorporar unas indicaciones de derivación a fisioterapia (2018)

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
· No se disponía de protocolos en los equipos de atención primaria y/o urgencias
· Buena coordinación entre niveles asistenciales (AP - urgencias)
· Reparto de tareas y responsabilidades entre los miembros del grupo de mejora

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1477 ===== ***

Nº de registro: 1477

Título
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ADECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia. Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas. Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologías entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

INDICADORES

- N° de centros con los protocolos implantados

DURACIÓN

Enero-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL DOLOR

Fecha de entrada: 18/01/2019

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BUISAN GIRAL MARIA JOSE
LORIENTE MARTINEZ CLARA
TORRES PEÑA ISABEL
BENITO RUIZ BEATRIZ
QUITO RAMOS IVAN
GARCIA MINGUEZ MARIA
LOPEZ HERNANDEZ MARICELA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Grupo constituido
- 5 reuniones del grupo (AE-AP)
- Selección de bibliografía de interés, se ha revisado y se ha presentado al grupo
- 3 patologías están adecuadas a protocolo (lumbalgia, gonalgia, hombro doloroso)
- Protocolo de tratamiento y circuito asistencial finalizado de la lumbalgia, que facilitará la comunicación entre profesionales AP-AE
- Los protocolos de la gonalgia y el hombro doloroso están siendo redactados
- 1 sesión de formación de la lumbalgia (30 minutos)

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Hasta que no se dé por finalizado el proyecto (3 patologías) no se pueden analizar los resultados

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Necesitamos más tiempo para finalizar todos los objetivos planteados.
- La intención es ampliar el grupo (incorporando también profesionales de otros sectores sanitarios) para así poder abarcar más patologías
- Como propuestas de futuro se valorará la inclusión de algunas patologías como coxalgia, cervicalgia, etc
- Se valorará dar el proyecto por finalizado y crear una comisión/grupo de trabajo dependiente de la Comisión de uso racional del medicamento. La comisión se podría llamar "COMISIÓN PARA MEJORAR EL ABORDAJE DEL DOLOR", con participación de profesionales del ámbito de la atención primaria y especializada

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1477 ===== ***

Nº de registro: 1477

Título
ACECUACION DEL TRATAMIENTO ANALGESICO EN LUMBALGIAS, GONALGIAS Y HOMBRO DOLOROSO

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, BUISAN GIRAL MARIA JOSE, CORTINA LACAMBRA RAQUEL, BORDAS BUIL YOLANDA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1477

1. TÍTULO

ABORDAJE DEL DOLOR

Entre las agrupaciones de códigos diagnósticos que describen condiciones clínicas (EDCs) siempre aparecen en los primeros puestos por su frecuencia, los Signos y síntomas músculo-esqueléticos y la Lumbalgia. Los pacientes con estos procesos con frecuencia recorren los distintos niveles asistenciales y son tributarios de recibir prescripciones farmacológicas analgésicas diversas. Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional en la elección del tratamiento farmacológico en lumbalgias, gonalgias y hombro doloroso. Consensuar protocolo de actuación entre AP y servicio de urgencias del hospital.

RESULTADOS ESPERADOS

- Elaborar Protocolo consensuado entre AP y servicio de urgencias que pueda ser consultado y seguido por los profesionales de estos ámbitos que haga mejorar la calidad de vida de los pacientes y aumente la seguridad en el uso de los fármacos.
- Su difusión en Centros de Salud y Hospital.
- Incorporar al grupo a otras especialidades.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Reparto de las tres patologías entre los miembros del grupo
Cada grupo revisará bibliografía actualizada y realizará un algoritmo de tratamiento.

INDICADORES

- N° de centros con los protocolos implantados

DURACIÓN

Enero-diciembre 2017

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ----- ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

Fecha de entrada: 16/02/2018

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
VAZQUEZ TORGUET ANA
YSEBIE RONSE ISABEL
GRIABAL GARCIA MANUEL LEONCIO
CANELLAS SANCHEZ PILAR
COLL CLAVERO JUAN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

- Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
- Adaptación de un espacio en la Intranet y creación de un formulario consensuado accesible para todos (AP-AE)
- Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
- Adaptar los circuitos para que cuando el médico de Atención Primaria necesite apoyo realice una interconsulta telemática y avise por teléfono de contacto. Posteriormente el médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
- Sesiones formativas en varios centros de salud del sector (Aínsa, Berbegal, Tamarite, Barbastro, Graus y Castejón de Sos). Además se dedicó un tiempo a explicarlo en una comisión técnico asistencial de atención primaria.

En Servicio de Urgencias

- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...) se han adaptado
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono de contacto directo

En Atención Primaria

- Posibilidad de solicitud de interconsulta telemática (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional), aunque no se ha llegado a desarrollar

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

- Se han realizado un total de 142 interconsultas de urgencias con atención primaria desde el inicio del programa, con una buena satisfacción desde todas las partes implicadas.
- A mediados de 2017 se implantó el sistema de interconsulta virtual para las interconsultas con atención especializada y paulatinamente ha ido disminuyendo la actividad esta plataforma para incorporarse a la nueva, que es muy similar a la anterior.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

- Se ha establecido un canal de comunicación entre atención primaria y urgencias que se ha demostrado eficaz y con una alta satisfacción por parte de todos los profesionales implicados

ACTIVIDADES PENDIENTES

- Revisar por qué desde la implantación de la interconsulta virtual ha disminuido la actividad de derivaciones en la plataforma de urgencias.
- Nota interna y recordatorio en comisión técnico asistencial de atención primaria de la sistemática de realización de las interconsultas telemáticas con el servicio de urgencias.
- Posibilidad de aumentar los horarios (tarde, noche, días festivos y fin de semana)
- Realizar más talleres formativos, tanto en urgencias como en los centros de salud.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/1478 ===== ***

Nº de registro: 1478

Título
IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

Autores:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

EITO CUELLO JUAN JOSE, VAZQUEZ TORGUET ANA MARIA, YSEBIE RONSE ISABEL, ALCUBIERRE CURA JOSE FRANCISCO, PASCUAL FRANCO MONICA, CAVERO TOLOSA ANA MARIA, COLL CLAVERO JUAN IGNACIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Continuidad asistencial: interconsulta virtual
Tipo de Objetivos .: Estratégicos
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Facilitar la comunicación entre profesionales de Atención Primaria y Urgencias, disminuir incertidumbre del profesional que debe de tomar una decisión médica en breve lapso de tiempo.
Evitar desplazamientos de pacientes a urgencias probablemente innecesarios motivados por incertidumbre del médico.
Elevada capacidad de resolución de la interconsulta virtual (aprox 80%), que no se ve influenciada por la edad del paciente.
Acercar atención urgente especializada a atención primaria.
Optimizar los recursos disponibles en el Sector Sanitario.

RESULTADOS ESPERADOS

- Permitir el asesoramiento médico urgente, mediante interconsulta virtual y contacto síncrono con el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro, para mejorar la capacidad de resolución desde el Centro de Salud de Atención Primaria en tiempo óptimo.
- mediante la aplicación de las nuevas tecnologías a la Medicina de Urgencias
- pudiendo proponer opciones para el correcto diagnóstico de patologías, así como orientación terapéutica.
- Evitar desplazamientos innecesarios de pacientes al hospital.

MÉTODO

Creación de un grupo de trabajo PRIMARIA-ESPECIALIZADA
Formulario consensuado accesible para todos mediante la intranet.
Consenso en indicaciones (apoyo en RX, ECG, Lab)
Cuando el médico de Atención Primaria necesita apoyo realizará una interconsulta telemática y avisará por teléfono de contacto.
El médico en el Servicio de Urgencias informa en el tiempo establecido.
En Servicio de Urgencias

- Sistemas corporativos (HCE, PCH, intranet, videoconferencia, ...)
- Profesional del Servicio designado responsable de atender a las interconsultas en tiempo óptimo
- Teléfono

En Atención Primaria

- Solicitud interconsulta virtual (OMI)
- Acceso a videoconferencia (opcional)

INDICADORES

- N° interconsultas realizadas
- N° de interconsultas resueltas por interconsulta virtual.
- Tiempo medio de respuesta en minutos.

DURACIÓN

1er. trimestre 2017:
2° trimestre:
3er. trimestre:
4° trimestre:

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN:
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/1478

1. TÍTULO

MEJORA DE LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE CONSULTAS VIRTUALES ENTRE ATENCION PRIMARIA Y URGENCIAS

MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS:
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .:
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES:

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Fecha de entrada: 26/02/2019

2. RESPONSABLE JUAN JOSE EITO CUELLO
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

GARCIA ANADON ZULEMA
AREVALO DURAN MONICA
LORIENTE MARTINEZ CLARA
BITRIAN DEL CACHO ANDRES
PUJALA TORRALBA MARTA
AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN
CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Evaluación inicial: se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva en las bases de datos médico científicas pubmed, embase, uptodate o crochane library así como se consultó la jurisprudencia en relación. De esta manera obtuvimos el punto de partida para evaluar nuestra situación actual e iniciar el camino de mejoras para conseguir nuestro objetivo en la adecuación de la solicitud de las pruebas de imagen.

Charlas-sesiones en el servicio: Se han realizado sesiones en el Servicio de Urgencias junto con el Servicio de Radiodiagnóstico (Dr Bitrian) para la difusión de los objetivos alcanzados y la correcta adecuación en el desempeño de la practica médica desde el Servicio de Urgencias y Radiología del Hospital de Barbastro.

Reunión, puntos comunes, peticiones, criterios mínimos y volantes: Se realizaron 3 reuniones (29/10, 10/12 y 21/12 de 2018). Los objetivos eran mejorar:

- La seguridad del paciente evitando la radiación innecesaria.
- El uso racional de los recursos (factor económico).
- No duplicar pruebas entre Atención Primaria y Especializada.
- Justificar dichas peticiones: identificar el médico que las solicita, el paciente, correcta justificación clínica, alergias del paciente, tratamiento actual (imprescindible en caso de antidiabéticos orales si va a ser aplicado el contraste intravenoso en el trascurso de la prueba), aporte de pruebas complementarias como la función renal, existencia de estudios previos recientes.
- Adecuación del tipo de estudio según patología de sospecha para elegir el gold estándar en cada caso.
- Revisión de la cumplimentación de las pruebas de imagen solicitadas y si estas contenían los datos básicos así como correctos.

Todo esto se difundió mediante una charla explicativa así como en formato escrito, así como los casos donde debemos tener claro las pruebas que no deben ser solicitadas según patología.

Los responsables del proceso y la supervisión del mismo fueron: Jefes de Servicio de Urgencias Hospitalaria y Radiodiagnóstico, FEA Urgencias Hospitalarias y Radiología. Técnicos de radiodiagnóstico. Enfermería de ambos servicios.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

A partir de este proyecto de calidad de mejora hemos podido implementar los cambios necesarios para mejorar la seguridad de la petición de las pruebas de imagen desde el punto de vista de indicación/criterio médico/radioprotección del paciente.

Nuestros indicadores:

- N° Solicitudes adecuadas por diagnostico final/total de solicitudes.

Debido a la relevancia clínica y a la fiabilidad del diagnostico radiológico, proponemos como indicador las solicitudes de Angio-TC ante la sospecha clínica de TEP. Como fuentes de información hemos utilizado el RIS de Radiología, donde hemos extraído los datos: total de solicitudes, número de pruebas positivas para el diagnostico de TEP en el periodo Enero-Noviembre 2018.

Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de Angio-TC positivos ante la sospecha de TEP publicado en los últimos diez años, que establecen el intervalo de 20-26%.

Indicador: porcentaje de adecuación pruebas diagnósticas sospecha TEP: (N° pruebas positivas/total de solicitudes)X100; (39/181)X10=22%

- N° Solicitudes cumplimentadas correctamente/número total de solicitudes:

Hemos utilizado como indicador la radiografía de tórax por ser la exploración radiológica que más frecuentemente se realiza en los Servicios de Radiología.

Se analiza una muestra de las solicitudes de radiografía de tórax realizadas los fines de semana del mes de noviembre de 2018 (n=114) obtenidas del RIS del Servicio. Para considerar una solicitud correctamente indicada nos hemos basado en su Inclusión en la Guía de la Comisión Europea de Protección Radiológica 118 (disponible en los recursos de Radiología de nuestra intranet). Como referencia utilizamos una revisión del porcentaje de pruebas bien indicadas publicado en los últimos 10 años que establece el intervalo del 20-35% .

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Indicador: Porcentaje pruebas radiológicas correctamente indicadas: (Nº Solicitudes bien indicadas/número total de solicitudes)x100; (37/114)x100=32%.

- Evolución nº pruebas solicitadas comparadas con el año anterior.

Como fuente de información hemos utilizado el RIS de radiología: Indicador: nºTACs 2018 Enero- Noviembre - nº TACs 2017 Enero-Noviembre= 2065-1638=427 más en 23018.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Deseamos continuar con el Proyecto de Mejora que hemos iniciado para poder revisar la adecuación de la solicitud nuestras pruebas complementarias para garantizar la seguridad de nuestros pacientes y la mayor efectividad/eficiencia de las mismas, logrando acercarnos a los objetivos que existen dispuestos para los indicadores evaluados.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/409 ===== ***

Nº de registro: 0409

Título
GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Autores:
EITO CUELLO JUAN JOSE, GARCIA ANADON ZULEMA, AREVALO DURAN MONICA, LORIENTE GARCIA CLARA, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, PUJALA TORRALBA MARTA, AGUIRREGOICOA OLABARRIETA IVAN, CANAHUIRI AGUILAR JULIO CESAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Adecuación
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

Hoy en día la realización de pruebas diagnósticas de imagen aumentan la demanda, siendo imprescindibles en la práctica clínica habitual. La variabilidad en la utilización y su solicitud puede indicar inadecuación. La sobre demanda asistencial, la dispersión geográfica y el acceso del Médico son factores que influyen en la toma de decisiones.

RESULTADOS ESPERADOS

Revisar Conjuntamente desde Servicio de Urgencias y Servicio de Radiología las peticiones, indicaciones y el uso adecuado de las Pruebas de imagen. Elaborar un protocolo de uso adecuado, identificando y recomendando la técnica mas adecuada en casa caso, revisando las solicitudes para presentar unos criterios mínimos de justificación y calidad

MÉTODO

- 1.- Identificar problema - Evaluación Inicial -Revisión de Bibliografía por componentes.
- 2.- Charlas-Sesiones en Servicio tres anuales.
- 3.- Reunión puntos comunes, peticiones, criterios mínimos volantes
- 4.- Identificar Responsables proceso. Supervisión.
- 5.- Evaluar Final

INDICADORES

Nº solicitudes adecuadas por diagnostico final / total de solicitudes

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/0409

1. TÍTULO

GUIA DE ACTUACION EN PETICION DE PRUEBAS DE IMAGEN DESDE SERVICIOS DE URGENCIAS

Nº solicitudes cumplimentadas correctamente con criterios minimos / numero total
nº pruebas solicitadas período mismo año anterior, comparación

DURACIÓN
del 1 de Junio del 2018 al 31 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 - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Fecha de entrada: 14/03/2019

2. RESPONSABLE JAVIER MARTINEZ CASTILLON
· Profesión MIR
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

AURED DE LA SERNA ISABEL
GONZALEZ IGLESIAS CARLOS
BAGÜESTE MORAN PATRICIA
CAMPO GALLARTA CESAR
PONS MATEO MONTSERRAT
GOMEZ MARQUEZ MARIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Marzo- Junio 2018

Inicialmente se llevó a cabo una selección de los componentes del equipo de mejora mediante comunicación oral directa del coordinador con los servicios implicados. La decisión de qué servicios debían formar parte del proyecto se realizó en función de la potencial participación de los mismos en el manejo de la pancreatitis aguda (PA). Se incluyeron FEA del Servicio de Digestivo, FEA del Servicio de Urgencias, FEA del Servicio de Cuidados Intensivos, FEA del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, FEA de Medicina Interna y tres residentes de Medicina Familiar y Comunitaria.

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA priorizándose las últimas recomendaciones expuestas en la Guía Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología por ser las más actualizadas y las de mayor calidad metodológica.

Se realizó un primer borrador que fue presentado en formato papel a los integrantes del equipo de mejora en una primera reunión el 8/03/2018. Los recursos empleados para las reuniones consistieron en un aula dedicado a actividades formativas MIR, en horario de mañana. Se revisó el mismo, se acordó la estructura del protocolo decidiendo qué partes debían ser priorizadas, complementadas y cuál debían ser excluidas.

Se fijó una nueva fecha de reunión para el 10/04/2018 con los integrantes del equipo de mejora para la revisión final del protocolo. Tras la misma se redactó finalmente el protocolo listo para su difusión.

Una vez realizado el protocolo se determinó una fecha para la divulgación del mismo en forma de sesión clínica hospitalaria. Un integrante del equipo adaptó el texto del protocolo a un soporte visual mediante el programa Microsoft Power Point® para su presentación mediante diapositivas. Otro integrante del equipo se encargó previamente de la difusión de la sesión mediante un cartel anunciador que se colgó en la página principal de la web interna del hospital ("Intranet"), así como de reservar un aula para la realización de la misma.

El 14/06/2018 se realizó la sesión divulgativa hospitalaria. Se expuso el objetivo del proyecto, así como el protocolo realizado a los asistentes. Se debatieron los posibles puntos de mejora, así como las dificultades en la instauración del protocolo en nuestro hospital. Se realizó una hoja de registro de asistencia mediante las firmas de los asistentes en formato papel, para su posterior evaluación como indicador de evaluación del proyecto.

Junio - Octubre 2018

Dada la escasez de asistentes a la primera sesión se planificaron dos sesiones divulgativas más. Tras las mismas se acordó un periodo de seguimiento de 6 meses para poder observar a posteriori la viabilidad del proyecto, así como los cambios observados en cada uno de los servicios implicados en el manejo de la PA.

Marzo 2018

Pasados estos 6 meses se realizó una nueva reunión en la cual se debatieron los diferentes aspectos observados durante el periodo de seguimiento, las conclusiones de los resultados obtenidos y la puesta en marcha de ideas de mejora para futuras ocasiones. Se incluyó una valoración del equipo de mejora sobre las actividades realizadas en la consecución de objetivos y, mencionando en su caso, la información pertinente para valorar la sostenibilidad del proyecto y las posibilidades de su replicación. Se realizó también una encuesta de evaluación del proyecto destinada a los componentes del mismo, que no estuvo presente en el planteamiento inicial del proyecto.

En ella se preguntó por las siguientes cuestiones:

¿Se ha cumplido el objetivo principal de proyecto?

¿Se han cumplido los objetivos secundarios del proyecto?

¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en el Hospital de Barbastro?

¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en su Servicio?

¿Qué cree que sería necesario para mejorar el desarrollo del proyecto?

En general el proyecto me ha parecido (Valorar del 0 al 10)

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Tras analizar las hojas de registros de asistencia a las sesiones clínicas se constata que >50% de los Facultativos Especialistas Adjuntos (FEA) de cada servicio implicado en la realización del protocolo acudieron a una o varias sesiones divulgativas.

El 100% de los Médicos Internos Residentes (MIR) acudieron a una o varias sesiones divulgativas.

El 100% de los servicios que forman parte del equipo de mejora y por tanto que más implicación tiene en el manejo de la PA en nuestro hospital, fue actualizado en el manejo inicial de la PA según el conocimiento científico más actualizado hasta la fecha.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Tras realizar una encuesta a los integrantes del equipo de mejora sobre las actividades realizadas estas fueron sus respuestas:

UTILIDAD DEL PROYECTO

1.1- ¿Se ha cumplido el objetivo principal de proyecto?

Parcialmente ya que sí se ha realizado un protocolo y se han realizado sesiones clínicas informativas, donde han participado todos los servicios implicados en el proceso de esta patología. Se ha realizado también una revisión actualizada de las evidencias científicas, y con ello elaborado un plan unificado, de medidas a realizar ante PA.

Pero también hay que destacar que, a pesar de haber actualizado el conocimiento actual sobre dicha patología, el protocolo no se ha terminado de consensuar quizás debido a limitaciones derivadas de la falta de recursos técnicos específicos (CPRE preoz por ejemplo)

1.2 - ¿Se han cumplido los objetivos secundarios del proyecto?

Mediante la revisión comentada se ha actualizado los conocimientos en esta patología, además se han realizado periódicamente sesiones divulgativas en diferentes servicios, utilizándose las últimas guías de actuación clínica de distintas sociedades científicas. También se han hecho sesiones tanto generales como por servicios explicando el protocolo.

2.- UTILIDAD DEL PROYECTO

2.1.- ¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en el Hospital de Barbastro?

Se valoró del 0 al 10 siendo
1 puntuación mínima (nada, inútil)
10 puntuación máxima (absolutamente, muy útil)

Se valoró con una media de 6 puntos.
Dentro de las limitaciones se encontró una falta de difusión del proyecto a los servicios implicados en su manejo, existiendo facultativos que una vez finalizadas las sesiones divulgativas, no habían sido participes ni informados del proyecto de mejora. Aspecto por tanto de mejora para futuras ocasiones.
También se concluyó que se precisa de especialistas que asuman los nuevos conocimientos expuestos.

2.2.- ¿Cree que el proyecto ha modificado la actitud en cuanto al manejo de la PA en su Servicio?

Se valoró con una media de 5,25 puntos.

3.- MEJORAS

3.1.- ¿Qué cree que sería necesario para mejorar el desarrollo del proyecto?

Continuar haciendo un seguimiento de las PAG que ingresan en el centro durante un periodo postproyecto. Continuar con las sesiones periódicas, o elaboración de un tríptico con recomendaciones. Dejar el protocolo a disposición de los facultativos en un formato electrónicos en la red interna del hospital "Intranet" que quede colgado en alguna carpeta de la intranet del centro. Adecuar el protocolo a los recursos del hospital (Sobretudo en el manejo de la PA aguda biliar), así como mejorar la difusión del protocolo. Más implicación del resto de especialistas.

3.2 Otras observaciones del equipo de mejora

Sería de utilidad considerar un plan de actuación en la pancreatitis crónica, a menudo infradiagnosticada, e infratratada, aunque con posibilidad de complicaciones. Implicar a más personal sobre el que recae el manejo de las pancreatitis agudas, ya que más del 60% ingresan a cargo de Medicina interna, por tanto es de gran importancia la difusión de aquellas actualizaciones que existen publicadas en la bibliografía actual y como estas pueden aplicarse en nuestro hospital. La valoración global media de los integrantes del proyecto fue de 8

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1255 ===== ***

Nº de registro: 1255

Título
TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

Autores:
MARTINEZ CASTILLON JAVIER, AURED DE LA SERNA ISABEL, GONZALEZ IGLESIAS CARLOS, EITO CUELLO JUAN JOSE, BAGÜESTE MORAN PATRICIA, CAMPO GALLARTA CESAR, PONS MATEO MONTSERRAT, GOMEZ MARQUEZ MARIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato digestivo
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
En el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro se atienden inicialmente alrededor de 40 pancreatitis agudas (PA) al año. De ellas, un 65 % ingresan en el servicio de Medicina Interna, un 24 % ingresan en Cirugía y un 3 % ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se dibuja así un escenario multidisciplinar en el que, de forma observacional, se ha detectado una heterogeneidad en el tratamiento inicial de la PA en los diferentes servicios implicados en su manejo.
En marzo de 2018, el Comité de Guía de Práctica Clínica de la Asociación Americana de Gastroenterología publica las siguientes recomendaciones oficiales para el tratamiento inicial de la pancreatitis aguda.
1- Dieta oral precoz. En pacientes con PA la AGA recomienda dieta oral precoz (dentro de las primeras 24h) siempre que el paciente la tolere, mejor que dieta absoluta. La AGA recomienda el uso de nutrición enteral (oral o sonda) comparado con el uso NPT.
2- Colectomía. La AGA recomienda la realización de ésta durante el ingreso en aquellas PA de origen biliar, en comparación con una intervención diferida.
3- Intervención breve sobre el abandono del alcohol durante el ingreso de una PA de causa enólica.
4- La AGA sugiere la NO utilización de manera sistemática de una CPRE en aquellas PA de origen biliar sin evidencia de colangitis.
5- La AGA sugiere la NO utilización de antibioterapia profiláctica
Basándonos en el mayor grado de evidencia científica disponible hasta la fecha creemos necesario realizar una puesta en común del abordaje inicial de esta patología, mejorando así la Calidad Científico-Técnica de nuestro hospital en relación con esta patología.

RESULTADOS ESPERADOS
Objetivo principal
- Crear un protocolo multidisciplinar para el manejo inicial de la PA en el Hospital de Barbastro
Objetivos específicos
- Actualizar el conocimiento científico sobre el tratamiento de la PA en base a las últimas recomendaciones de la Asociación Americana de Gastroenterología.
- Realizar sesiones clínicas hospitalarias divulgativas fomentando el debate y la expresión de ideas, de cara a la creación de nuevos puntos de mejora durante el año posterior a la implantación del protocolo

MÉTODO
- Se formará un equipo de trabajo multidisciplinar integrado por diferentes servicios hospitalarios. El grupo dispone de un coordinador.
- Se realizará una búsqueda bibliográfica exhaustiva en diferentes fuentes como PUBMED, EMBASE, SCIELO de trabajos y documentos relacionados con el tratamiento inicial de la PA.
- Se realizará una fase de elaboración del protocolo. Se ha acordado previamente la estructura general del documento y los componentes principales del mismo. Una persona del equipo se ha encargado de realizar un primer borrador, que ha sido revisado y consensado en varios países por el resto del equipo hasta su

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1255

1. TÍTULO

TRATAMIENTO INICIAL DE LA PANCREATITIS AGUDA

redacción final.

- Se realizará una sesión divulgativa en el Hospital de Barbastro donde se exponga dicho primer borrador. Se invitará a todos los Servicios Implicados en el tratamiento de la PA a su asistencia y debate, con el objetivo de consensuar todas las opiniones y perfilar el primer borrador
- Elaboración de Hoja de registro con el número de profesionales asistentes a Sesión Clínica Hospitalaria
- Se realizará un segundo y definitivo documento con las modificaciones que resulten de la puesta en común del primer borrador, según lo acontecido en la Sesión Clínica Hospitalaria.
- Se realizará una breve conclusión sobre los objetivos logrados.

INDICADORES

- % de Servicio y profesionales implicados que acuden a formación
- % de Servicios donde se implanta el protocolo
- % de Servicios que actúan de acuerdo al protocolo instaurado
- Tras la instauración del protocolo, y tras un periodo de funcionamiento de un año, se realizarán reuniones semanales durante un mes, con el equipo multidisciplinar donde cada facultativo aportará información acerca de su Servicio, sobre los logros conseguidos durante este año, así como las dificultades y los problemas observados durante la implantación del protocolo.

DURACIÓN

Duración del proyecto: marzo 2018 - Julio 2019

Marzo 2018 a junio 2018

- Creación del equipo multidisciplinar. Búsqueda de bibliografía y recogida de datos
- Reuniones de los facultativos del grupo de mejora para la puesta en común de ideas y diseño preliminar del protocolo.
- Sesión Hospitalaria. (mayo-junio 2018) Será realizada por el coordinador del equipo y por el FEA de Cuidados Intensivos.
- Reunión semanal (Junio 2018) con el equipo de mejora para la creación del protocolo final e Instauración del mismo en el Hospital.
- Junio 2018 a Junio 2019
- Implantación del protocolo en los servicios implicados
- Julio 2019
- Reuniones semanales. Memoria final del proyecto, donde se recogerá las actividades realizadas, los resultados alcanzados, los problemas observados, y las conclusiones finales.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 15/03/2019

2. RESPONSABLE ELISA VALLES TORRES
• Profesión ENFERMERO/A
• Centro H BARBASTRO
• Localidad BARBASTRO
• Servicio/Unidad .. URGENCIAS
• Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
LACOMA ABADIA ANA MILAGROS
TORRES PENA ISABEL
GONZALEZ GARCIA MAGDA
RENAU GONZALEZ LAIA
GARCES CAMPO BEGOÑA
ASPAS CAMPO CARLOS
TOA LARDIES ELENA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
• Formación del grupo de trabajo y realización de reuniones periódicas (5).
• Organización y selección de temas a tratar en los talleres de actualización de conocimientos, dividiendo las tareas a realizar por grupos. Grupo1: Intubación oro-traqueal y vía aérea (material y medicación). Grupo 2: RCP (algoritmo y roles) y balón de resucitación (montaje y limpieza). Grupo 3: Monitor (manejo de función desfibrilador, cardioversión y marcapasos). Grupo 4: Vía central, vía intraósea, PICC (inserción y manejo).
• Elaboración del material formativo basándonos en evidencias científicas, parte teórica con "power point" y parte practica con talleres.
• Ensayo, con los miembros del grupo, del material elaborado para impartir los talleres teóricos y de la parte practica para mejorar las destrezas.
• Diseño de un test para medir la mejora de conocimientos teóricos y una autoevaluación para medir la percepción de necesidad de reciclaje en técnicas complejas usadas en situación de emergencia.
• Creación de criterios e indicadores.
• Petición al área de formación de material para realizar los talleres practica, muñecos para RCP y muñeco para IOT.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
o Establecer un programa de talleres, basados en evidencia científica actual que incluyan medidas de mejora concreta y evaluables con criterios e indicadores medibles que contribuyan a mejorar la seguridad del paciente y trabajadores con una asistencia de mejor calidad científico-técnica.
o Indicadores:
• Asistencia al taller del 75% del personal de enfermería del servicio. Número neto de personal de enfermería en cartelera: n=30.
• Mejora de los conocimientos del 20%. Medido con un test teórico pre y post taller.
• Mejora en la percepción de conocimientos del 20%. Medido con una autoevaluación numérica de comparación de sus conocimientos pre y post taller.
• Encuestas recogidas: en relación al número de asistentes.
? Satisfacción 100%
? Test teórico 100%
? Autoevaluación 100%

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Debido al gran número de personal en el servicio y la baja incidencia de técnicas concretas realizadas en "críticos" es necesario realizar reciclajes para disminuir la variabilidad y mejorar la calidad en las actuaciones, dando mucha importancia a la parte practica de los talleres.
Ha habido una buena acogida por parte del personal, interesándose por las fechas de realización de los talleres y manifestando que aumentaría su seguridad y satisfacción, esperamos poder satisfacer sus expectativas.
Pensamos que es un proyecto sostenible y que puede ser mantenido en el tiempo, por el cambio de personal en el servicio de urgencias al cabo del año y en las épocas de invierno y vacaciones de verano, haciendo reciclajes periódicos. A su vez estamos dispuestos a incorporar las técnicas que se crean necesarias para mejorar las destrezas y la confianza en una situación de emergencia.

7. OBSERVACIONES.
Estamos pendientes desde diciembre de saber si podemos disponer de los muñecos para poder realizar los talleres, esperamos se resuelva pronto y poder empezar a realizar los talleres de reciclaje, ya que nuestros compañeros/as tienen interés en participar y apoyan nuestra iniciativa viéndola útil.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1374 ===== ***

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

Nº de registro: 1374

Título
ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES DEL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE UN PLAN DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DE URGENCIAS

Autores:
VALLES TORRES ELISA, LACOMA ABADIA ANA MILAGROS, TORRES PENA ISABEL, GARCES CAMPO BEGOÑA, GONZALEZ GARCIA MAGDA, TOA LARDIES ELENA, RENAU GONZALEZ LAIA, ASPAS ARTIGA CARLOS

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS

Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Personal de urgencias
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: científico-técnico

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA

La necesidad de formación específica y especializada de las enfermeras para cuidar de los pacientes en el ámbito de urgencias, así como una formación continuada para actualizar dichos conocimientos, es fundamental si deseamos ofrecer al paciente una atención integral de calidad y dentro de las prácticas seguras. En las Unidades de Urgencias Hospitalarias, se ofrece atención a pacientes con un elevado nivel de gravedad o con riesgo de sufrir complicaciones potencialmente mortales.

Nuestra propuesta desde la propia Unidad de Urgencias del Hospital de Barbastro, es ofrecer una actualización periódica a los profesionales, tanto de conocimientos teórico como instrumentales, del paciente crítico: PCR y técnicas como intubación, vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, catéter arterial, medición de presión venosa central y a su vez administración de dedicación en dichas técnicas...

RESULTADOS ESPERADOS

El objetivo general es disminuir la variabilidad y la actualización de conocimientos y habilidades en soporte vital avanzado siguiendo las guías actualizadas en 2015. Nuestro servicio dispone de 2 camas de pacientes críticos, donde se ofrece atención urgente a pacientes críticos. El equipo de enfermería de Urgencias está compuesto por una plantilla fija de enfermería de 21 enfermeras y 10 de reducciones de jornada. La plantilla fija de nuestra unidad, que sí está habituada a la rutina de trabajo y dispone de competencias específicas en la materia adquirida gracias a la experiencia de los años trabajados en la unidad. Al ser un número tan elevado de personal fijo y la incidencia de estas prácticas específicas ser bajo, el personal de enfermería precisa de actualización de conocimientos del paciente con PCR e IOT, para asegurar unos cuidados de alta calidad. En épocas de verano contamos con personal que no trabaja habitualmente en el servicio, por lo tanto no está siempre habituada a las prácticas instrumentales de la unidad y se podrían beneficiar de esta formación continuada.

MÉTODO

1. Diseñar un plan de actualización para adquirir conocimientos en algoritmos de Soporte Vital Avanzado según las Guías de 2015 del Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar y manejo de vía aérea.
2. Estandarización de las actuaciones ante el paciente con RCP y la IOT en paciente crítico en el servicio de urgencias para disminuir la variabilidad.
3. Mejorar con ello la atención y la seguridad en el cuidado al paciente crítico de nuestro servicio de urgencias.
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de técnicas como vías venosas centrales y centrales de inserción periférica, intraosea, etc.

INDICADORES

1. Constatar la elaboración del plan de formación.
2. Elaborar calendario de formación.
3. Indicadores que se van a utilizar:
 - Número de profesionales que reciben la formación.
 - Autoevaluación de los conocimientos acerca de las técnicas antes y después de finalizar las sesiones para comprobar la asimilación y nivel de adquisición de los conocimientos impartidos por medio de cuestionarios.
 - Encuesta de satisfacción a enfermería sobre las actividades de formación continuada llevadas a cabo tras las sesiones.

DURACIÓN

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1374

1. TÍTULO

ESTANDARIZACION DE LAS ACTUACIONES ANTE EL PACIENTE CRITICO Y EL DISEÑO E IMPLEMENTACION DE PLANES DE FORMACION CONTINUADA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN EL Sº DE URGENCIAS DEL H. DE BARBASTRO

1. Se implementará un plan de reciclaje específico de dichas técnicas medicalizadas tanto en la esfera teórica como instrumental y el manejo de los fármacos usados, basándonos en las últimas actualizaciones. (Junio-Septiembre)
2. Se elaborará calendario de formación semestral, tanto para el personal fijo como para los contratados.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
3. De acuerdo al calendario, se impartirán sesiones teórico-prácticos al personal de enfermería.(Noviembre-Diciembre y Mayo-Junio)
4. Actualización de protocolos disponibles en el servicio de las técnicas realizadas.

OBSERVACIONES

Es un proyecto pensado para los clientes internos, pensamos que va a ser muy util tanto para los trabajadores del servicio como para los componentes del grupo y los pacientes graves atendidos.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0977

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Fecha de entrada: 20/01/2020

2. RESPONSABLE IRIS LIVIA MAR HERNANDEZ
· Profesión MIR
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. URGENCIAS
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
GARRIDO ZAMORA SARA
VALLES TORRES ELISA
GRACIA MAIRAL AIMAR
PALACIOS DIAZ VANESSA
CHUECA LASAGA ALICIA
RODRIGUEZ GONZALEZ ROCIO

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Hemos llevado a realización de un vídeo que se proyecta en la sala de espera de Urgencias, con material de prevención y educación para la salud. Se ha llevado a cabo una encuesta de evaluación del proyecto a los usuarios Urgencias. Tanto el vídeo como la encuesta fueron pasados por dirección médica para su aprobación, y por motivos ajenos a nosotras, su aprobación tardó 5 meses. La plataforma utilizada para la proyección del vídeo, tuvo problemas informáticos, por lo que no se pudo reproducir durante 2 meses más. A día de hoy el vídeo esta siendo proyectado de manera subóptima

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Los resultados no son valorables ni significativos debido a que la cantidad de encuestas es escasa, y la mayoría de ellas son del periodo en el cual no funcionaba el vídeo. N=7 Encuestas completas= 4

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Es difícil trabajar cuando el proyecto depende de la infraestructura y de la idiosincrasia del hospital. Hemos tenido poca colaboración por parte de los usuarios de la sala de espera y poco tiempo para la realización y recolección de encuestas

7. OBSERVACIONES.
Nos gustaría que el vídeo se siguiera proyectando y recolectando datos sobre la utilidad del mismo. Se va a mantener la proyección y pedir más colaboración desde el servicio.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/977 ===== ***

Nº de registro: 0977

Título
EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

Autores:
MAR HERNANDEZ IRIS LIVIA, GARRIDO ZAMORA SARA, VALLES TORRES ELISA, GRACIA MAIRAL AIMAR, PALACIOS DIAZ VANESSA, CHUECA LASAGA ALICIA, RODRIGUEZ GONZALEZ ROCIO

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Otro (especificar en el apartado siguiente)
Otro Tipo Patología: Patología que hace uso de la Urgencia Hospitalaria
Línea Estratégica .: Otras
Tipo de Objetivos .: Otros
Otro tipo Objetivos: Prevención y promoción de la salud

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Se detecta una falta de educación sanitaria y empoderamiento en salud de los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro en la que es posible actuar mediante medios audiovisuales dándole utilidad al tiempo de espera a ser atendidos y los recursos allí presentes. Vemos como oportunidad de mejora de la calidad del servicio de Urgencias, mejorando la satisfacción del usuario.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/0977

1. TÍTULO

EDUCACION SANITARIA MEDIANTE MEDIOS AUDIOVISUALES EN LA SALA DE ESPERA DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE BARBASTRO

RESULTADOS ESPERADOS

- Mejorar los conocimientos básicos en consejos sanitarios y promoción de la salud
- Ofrecer información visual y comprensible referida a prevención y promoción de la salud elaborada por Sociedades Científicas
- Disminuir la demanda asistencial por patologías banales, llevando a cabo un uso razonable y adecuado de las Urgencias
- Disminuir la ansiedad alentada por patologías
- Mejorar los conocimientos y habilidades de los pacientes,

MÉTODO

- Creación del grupo de trabajo concretando los objetivos y estructura del proyecto.
- Creación de un soporte audiovisual para la proyección en la Sala de Espera.
- Creación de una encuesta de satisfacción para el usuario.
- Reuniones periódicas.
- Análisis de los resultados.
- Creación de criterios e indicadores medibles.

INDICADORES

Encuesta de satisfacción para el usuario.

DURACIÓN

Abril: Creación y revisión del soporte audiovisual
Mayo: Creación de la encuesta
Mayo: Creación del buzón para encuestas
Mayo - Enero: Proyección y entrega de encuestas a disposición del usuario
Enero - febrero: Análisis total de encuestas
Recolecta de encuestas semanal con análisis mensual

OBSERVACIONES

Las fechas son orientativa

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RESURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0954

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Fecha de entrada: 22/02/2018

2. RESPONSABLE JOSE MOCTEZUMA VELAZQUEZ
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

BITRIAN DEL CACHO ANDRES
FRANCIA FRANCO FRANCISCO
TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ
PALACIOS DIAZ VANESA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

En octubre y noviembre de 2016 realizamos varias reuniones del grupo de mejora para esquematizar el protocolo de acción. Tras ello, con la falta de personal en el Servicio de radiología para asumir las ecografías preferentes por hematuria, se retrasó en inicio del proyecto.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Con el traslado por interinida de la coordinadora (Dra. Carceller) y del otro urólogo del grupo a otros hospitales, se abandonó el Plan de Mejora.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La inestabilidad de plantillas en centro de difícil cobertura, genera que ocurra estas incidencias. Y mucho protocolos, mejoras, etc... quedan sin finalizar sus proyectos.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2016/954 ===== ***

Nº de registro: 0954

Título
PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Autores:
CARCELLER TEJEDOR ELENA, MOCTEZUMA VELAZQUEZ JOSE, BITRIAN DEL CACHO ANDRES, FRANCIA FRANCO FRANCISCO, TORIBIO VELAMAZAN BEATRIZ, PALACIOS DIAZ VANESA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Ninguna de ellas
Tipo de Objetivos .:
Otro tipo Objetivos:

Enfoque: Continuidad asistencial (entre servicios, centros, niveles o ámbitos)
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
La hematuria es sangre en orina.
Sus causas pueden ser: Infección tracto urinario, litiasis urinaria, HBP, traumatismos, enfermedades nefrológicas, trastornos de la coagulación... y neoformaciones malignas de la vía urinaria (sobretudo tumores vesicales). Por ello, la hematuria no es una enfermedad como tal, sino un signo o síntoma alarma que precisará estudio.
El tumor vesical es la más común de las patologías malignas del tracto urinario.
El retraso en el diagnóstico y tratamiento de un posible tumor maligno en la vía urinaria, puede generar la detección del mismo en estadios avanzados, disminuyendo las posibilidades de curación.
Existen pruebas diagnósticas no invasivas que ayudan a su diagnóstico temprano: ecografía urológica y la citología de orina.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2016/0954

1. TÍTULO

PLAN DE MEJORA PARA AGILIZAR EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HEMATURIA EN COLABORACION CON ATENCION PRIMARIA, URGENCIAS Y ESPECIALIZADA

Con los trámites habituales hasta la fecha, cuando un paciente consulta por hematuria, bien en Atención Primaria o en Urgencias, se solicita consulta especializada en Urología. Si la petición es con carácter "normal" se le cita en aprox. 60-90 días; y si es con carácter "preferente", la primera consulta en Urología se lleva a cabo en aproximadamente 15-30 días.

En esta primera consulta, además de la realización de la Hª clínica, se solicita una citología urinaria y una ecografía urológica con carácter "preferente" ante la sospecha de tumor urotelial.

El Servicio de Radiología tramita esta petición, con tiempos variables según demanda asistencial. Finalmente se remiten los resultados a Urología en una segunda visita.

La implementación de un "protocolo de hematuria" en Atención Primaria y Urgencias, proporcionaría la oportunidad de acortar plazos en el estudio y diagnóstico de hematuria, además de evitar esa primera consulta en Urología meramente burocrática para solicitar los estudios pertinentes.

RESULTADOS ESPERADOS

La finalidad de implementar el "protocolo de hematuria" es conseguir que ya desde Atención Primaria o Urgencias, se solicite las primeras pruebas diagnósticas ante un paciente que consulta por sangrado con la micción. Se acordará junto con el Servicio de Radiología la realización de la ecografía urológica en plazos cortos razonables. A la vez el paciente recogerá la citología de orina para su estudio anatomopatológico temprano.

El objetivo fundamental es que un paciente que consulte por hematuria, tenga la primera consulta con Urología en el plazo máximo de 20-25 días con los resultados de las pruebas diagnósticas iniciales, ya realizadas. Así, la probabilidad de retraso en el diagnóstico y tratamiento se reducen considerablemente.

Los resultados que se espera conseguir son:

- Implementar el "protocolo de hematuria" en Atención Primaria y Urgencias.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del "protocolo de hematuria" en un plazo máximo de 5-7 días.
- Acortar tiempos de espera para la realización de pruebas diagnósticas y sus resultados en la consulta especializada.
- Facilitar la accesibilidad de los pacientes a la consulta especializada.
- Conocer la incidencia de hematuria en nuestra población e identificar su etiología.

MÉTODO

- Reuniones con todos los miembros del equipo de mejora para unificar criterios.
- Creación conjunta del "protocolo de hematuria" para iniciar el diagnóstico básico y posterior derivación a la consulta especializada.
- Establecer criterios de inclusión y exclusión en el protocolo.
- Consensuar junto con el Servicio de Radiología la realización de ecografía urinaria dentro del "protocolo de hematuria" en un plazo máximo de 5-7 días.
- Consensuar junto con el Servicio de Citaciones la consulta de resultados en Urología en el plazo máximo de 5-7 días tras la realización de la ecografía.
- Realización de sesiones informativas en los Centros de Salud y Urgencias.
- Monitorización de tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Monitorización de tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

INDICADORES

- Incidencia de hematuria monosintomática en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Incidencia de tumores uroteliales en la población que atiende el Sector Sanitario de Barbastro.
- Tiempos entre la solicitud de las pruebas diagnósticas y su realización.
- Tiempos entre la realización de las pruebas y la notificación de resultados en la consulta especializada.

DURACIÓN

Octubre - Noviembre 2016: reunión del equipo de mejora y esquematización del protocolo de acción.

Diciembre 2016 - Enero 2017: decisión del protocolo definitivo y puesta en marcha.

Junio 2016: reunión para identificar problemas en el funcionamiento del plan de mejora.

Noviembre - Diciembre 2017: recolección de datos y discusión de los mismos.

OBSERVACIONES

En el momento actual faltan 2 Médicos de Atención Primaria por añadirse a este grupo de mejora.

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN: 4 Mucho
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS: 4 Mucho
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) .: 4 Mucho
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES: 4 Mucho

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1050

1. TÍTULO

VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (UIE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE MARIA MATA ORUS
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO MAYOR VICENTE
CADEVILLA ARNALDA ISABEL
HIDALGO SALLAN VERONICA
SALILLAS GUILLEN RAQUEL
BORREL BORREL EVA
GARCES BIELSA SONIA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Realización, revisión y puesta en marcha de vía clínica de TOT. Para ello se ha consensado la vía de forma óptima, teniendo en cuenta el personal de enfermería, médicos, auxiliares. Se han revisado otros protocolos de otros servicios. Se ha tenido en cuenta las recomendaciones descritas en la literatura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se ha logrado disponer de una hoja de vía clínica que se adjunta a la historia del paciente y mediante la cual se puede verificar del adecuado cumplimiento de la misma. Actualmente sólo se ha podido incluir un caso debido a que no se ha realizado este año esta intervención en más ocasiones. En dicho caso si que se utilizó la vía clínica, si bien es un número escaso para poder aplicar los indicadores de evaluación.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
Se concluye que un número de 1 paciente es escaso para poder realizar una evaluación adecuada y se llega al consenso de disponer de al menos 10 pacientes para realizar una conclusión final.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1050 ===== ***

Nº de registro: 1050

Título
VIA CLINICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IUE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL (TOT)

Autores:
MATA ORUS MARIA, CRESPO MAYOR VICENTE, CACHI FUENTES GUIDO, CADEVILLA ARNALDA ISABEL, HIDALGO SALLAN VERONICA, SALILLAS GUILLEN RAQUEL, BORREL BORREL EVA, GARCES BIELSA SONIA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Mujeres
Edad: Adultos
Tipo Patología ...: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Discrepancias en el manejo postoperatorio de las mujeres intervenidas de incontinencia urinaria de esfuerzo.
Manejo postoperatorio variable de una paciente a otra.

RESULTADOS ESPERADOS
Unificar los criterios de manejo postoperatorio de los pacientes con IUE intervenidas en el servicio de urología.

MÉTODO

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1050

1. TÍTULO

VÍA CLÍNICA DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (UIE) MEDIANTE MALLA SUBURETRAL TOT

Desarrollar e implantar una vía clínica para unificar el manejo postoperatorio, que se adjuntará en la historia de cada paciente intervenida de TOT.

INDICADORES

Cumplimiento de la vía clínica en el 60% de los casos (debido a que se inicia el proyecto). Se considerará al menos necesario la cumplimentación del 50% de los casos, y satisfactorio un límite superior del 75% de los casos. Se entiende que 1 de cada 4 mujeres puede precisar cuidados a parte debido a complicaciones relacionadas (o no) con su enfermedad, como por ejemplo fiebre, alteración de glucemia, infección etc que requiera que nos salgamos de la vía clínica estándar.

DURACIÓN

El proyecto se iniciará el 1 de septiembre de 2018 y tendrá una duración de 1 año, fecha en la que se reevaluarán los resultados para evaluar si es preciso modificar la vía clínica o reforzar conceptos de aplicación.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1062

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE GUIDO CACHI FUENTES
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

MATA ORUS MARIA
LARRAMONA PUEYO CRISTINA
SAMITIER DIAGO SILVIA
FIERRO UNSAIN MARTA
FERNANDEZ FELIX MAR
MATA RIVAS PILAR

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Realización, revisión y puesta en marcha de vía DE REFERENCIA RAPIDA para el diagnóstico y tratamiento de hidrocele testicular en el adulto. Para ello se ha realizado las coordinaciones respectivas con médicos de atención primaria, además del personal de enfermería y auxiliar. Se han revisado otros protocolos de otros servicios. Se ha tenido en cuenta las recomendaciones descritas en la literatura.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Durante el periodo de aplicación de la vía de referencia rápida se ha logrado realizar 06 intervenciones, de los cuales en 4 intervenciones se ha logrado aplicar la guía de atención realizada por nuestro servicio (el 70% de los pacientes atendidos por este motivo). Se ha logrado disponer de una hoja de vía clínica que se adjunta a la historia del paciente y mediante la cual se puede verificar del adecuado cumplimiento de la misma.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La atención coordinada además de uniformizada, optimiza recursos personales como de materiales, si bien la cantidad de pacientes atendidos aplicando esta vía rápida es escaso aún, pero todo indica que el resultado obtenido a priori podría esperarse con mayor población.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1062 ===== ***

Nº de registro: 1062

Título
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

Autores:
CACHI FUENTES GUIDO, MATA ORUS MARIA, LARRAMONA PUEYO CRISTINA, SAMITIER DIAGO SILVIA, FIERRO UNSAIN MARTA, FERNANDEZ FELIX MAR, MATA RIVAS PILAR

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Todas las edades
Tipo Patología: Enfermedades del aparato génitourinario
Otro Tipo Patología:
Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica
Tipo de Objetivos .: Estratégicos, Comunes de especialidad
Otro tipo Objetivos:

Enfoque:
Otro Enfoque.....:

PROBLEMA
Retraso en el diagnóstico y discrepancia en el manejo postoperatorio.

RESULTADOS ESPERADOS
Optimizar el diagnóstico de los pacientes con hidrocele y unificar los criterios de manejo postoperatorio de dichos pacientes en el servicio de urología.

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1062

1. TÍTULO

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE HIDROCELE TESTICULAR EN ADULTO: VIA DE REFERENCIA RAPIDA

MÉTODO

Desarrollar e implantar una vía clínica para mejorar el diagnóstico y el manejo postoperatorio.

INDICADORES

cumplimiento de la guía en el 60%. Límite inferior de calidad 50% y límite 80%

DURACIÓN

Inicio el 1 de septiembre de 2018. Duración prevista de 1 año, fecha en la cual se procederá a reevaluar la situación del proyecto con el fin de aplicar las mejoras pertinentes.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1232

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO

Fecha de entrada: 08/08/2019

2. RESPONSABLE PETR DOLEZAL
· Profesión MEDICO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.
CRESPO MAYOR VICENTE
MATA RIVAS PILAR
ONCINS TORRES ROSA

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.
Actualización del protocolo actual. Para ello se han revisado protocolos de otros servicios y las últimas recomendaciones de las guías clínicas. Se ha incluido resonancia magnética multiparamétrica de la próstata (RMNmp) en el seguimiento de los pacientes. Se ha creado un código de citación específico para los pacientes incluidos en el protocolo. Se ha creado un esquema de seguimiento claro y sencillo que forma parte de la historia clínica de Urología de cada paciente. Y por último se ha creado una hoja de Excel disponible a cada facultativo de Urología con todos los pacientes que siguen en Vigilancia Activa.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.
Se han incluido 9 pacientes nuevos en Vigilancia Activa (VA) en el último año. En total son ya 23 pacientes incluidos en VA en nuestro hospital de los cuales siguen activamente 16 pacientes. RMNmp se ha realizado en todos los paciente que indicaba nuestro protocolo y el seguimiento de los pacientes ha mejorado ya que todos los pacientes fueron visitados en la consulta tal como prescribe el protocolo. Además desde junio 2018 nuestro servicio participa en el proyecto: Vigilancia Activa en Cáncer de Próstata a través de la Plataforma Investigación de Estudios Multicéntricos de la AEU (Asociación Española de Urología).

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.
VA es una estrategia terapéutica válida para pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo riesgo. Para su correcta realización es necesaria correcta formación de todos los profesionales que participan en ella y un control estrecho de lo pacientes incluidos en VA. Gracias a la actualización de nuestro protocolo los pacientes están seguidos según la últimas recomendaciones y las herramientas que se han puesto en marcha en el último año ayudan para que el seguimiento de estos pacientes se ajuste al máximo al protocolo.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2018/1232 ===== ***

Nº de registro: 1232

Título
ACTUALIZACION DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PROSTATA DE BAJO RIESGO

Autores:
DOLEZAL PETR, CRESPO MAYOR VICENTE, MATA RIVAS PILAR, CALDERERO ARAGON VERONICA, ONCINS TORRES ROSA

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Hombres
Edad: Ancianos
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
Vigilancia activa (VA) es una estrategia terapéutica indicada en pacientes diagnosticados de cáncer de próstata de bajo o muy bajo riesgo cuyo principal objetivo es evitar o demorar los efectos secundarios del tratamiento radical, sin perjudicar la supervivencia de los pacientes. Consiste en un control estrecho de los pacientes con monitorización periódica del PSA y tacto rectal y realización de re-biopsias de próstata. En

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2018/1232

1. TÍTULO

ACTUALIZACIÓN DE PROTOCOLO DE VIGILANCIA ACTIVA EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PRÓSTATA DE BAJO RIESGO

Las últimas actualizaciones de las guías de práctica clínica de Urología se recomienda también la realización de resonancia magnética multiparamétrica (RMNmp) de próstata de forma periódica. En el servicio de Urología del Hospital de Barbastro se inició el protocolo de VA en el año 2015 y desde entonces se incluyó un total de 14 pacientes. En la última revisión de nuestra serie de pacientes incluidos en VA se objetivó que el cumplimiento del protocolo de seguimiento fue subóptimo y además dado que la RMNmp no forma parte de nuestro protocolo, decidimos actualizarlo.

RESULTADOS ESPERADOS

Actualización del protocolo actual de vigilancia activa para conseguir que nuestros pacientes estén controlados y tratados según las últimas recomendaciones. Poner en marcha herramientas para conseguir que el control de estos pacientes se ajuste al máximo al protocolo.

MÉTODO

Simplificar esquema de seguimiento y facilitar acceso a este esquema a todos los facultativos implicados en el seguimiento.
Implementar RMNmp en el seguimiento de los pacientes incluyéndola en nuestro protocolo para poder realizar re-biopsias guiadas por RMNmp.
Mejorar seguimiento de los pacientes creando una base de datos accesible para los urólogos en la consulta y creando un código de citas específico para estos pacientes.

INDICADORES

Indicador 1: Realización de RMNmp en el seguimiento de nuestros pacientes tal como especifica el protocolo.
Explicación 1: RMNmp realizadas / total de RMNmp indicadas según protocolo
Estandar 1: > 70%

Indicador 2: seguimiento en consultas

Explicación 2: numero de visitas de los pacientes realizadas / numero total indicado según protocolo
Estandar 2: >70%

DURACIÓN

Mayo - Junio 2018: Formalización de la versión definitiva del protocolo de VA. Creación de la base de datos de pacientes incluidos. Creación del código de citas específico para paciente en VA.

Julio 2018 - Febrero 2019: Inclusión de los pacientes en la base de datos y seguimiento en consultas según el protocolo actualizado.

Marzo - Abril 2019: Valoración del cumplimiento de los objetivos. Percepción de los profesionales implicados, sugerencias de mejora y modificaciones en cara al año siguiente.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1083

1. TÍTULO

USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN UROLOGÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Fecha de entrada: 18/01/2020

2. RESPONSABLE MARTA FIERRO UNSAIN
· Profesión ENFERMERO/A
· Centro H BARBASTRO
· Localidad BARBASTRO
· Servicio/Unidad .. UROLOGIA
· Sector BARBASTRO

3. OTROS COMPONENTES DEL EQUIPO DE MEJORA.

ALONSO AYERBE LAURA
SANTOS DOMINGUEZ ARACELI
HIDALGO SALLAN VERONICA
SALILLAS GUILLEN RAQUEL
FERNANDEZ FELIX MAR
GARCES BIELSA SONIA
GONZALEZ MARTIN BELEN

4. ACTIVIDADES REALIZADAS.

Las actividades que se han llevado a cabo han sido:

- Sesiones clínicas, a las que asistieron el personal adscrito a la planta; tanto diplomados de enfermería como TCAE. En estas sesiones se reforzaron conocimientos de las siguientes áreas del tema a tratar:

- Prevalencia y tratamientos del Tumor Vesical
- Descripción del citostático usado en la unidad: Mytomicin
- Indicaciones y contraindicaciones del Mytomicin
- Material y personal necesario para la administración del mismo
- Técnica correcta de administración del Mytomicin
- Eliminación y manejo de citostáticos
- Actuación en caso de accidente con un citostático

- Se han elaborado posters que están colocados en el control de la unidad. En ellos aparecen fotografías y otros gráficos realizados en el servicio por el propio personal, describiendo el material y la forma correcta de administración de los citostáticos vía urológica.

5. RESULTADOS ALCANZADOS.

Todo el personal de la unidad ha asistido a las sesiones, así mismo el material didáctico está disponible en la planta para poder ser consultado. El resultado en este sentido ha sido muy satisfactorio, tanto que se repetirán dichas sesiones de forma periódica cuando haya rotación de personal en la unidad.

Los pósters están expuestos en el control de la unidad, en un lugar accesible para todo el personal, por lo que sirven de consulta y refuerzo para el personal de la planta y sobre todo es especialmente útil para el personal eventual y de refuerzo ocasional que es destinado a esta unidad de urología.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

La realización de este proyecto de mejora ha sido muy bien valorado por los miembros del equipo; el enfrentarse a una exposición de conocimientos en público supone un reto y estímulo para los ponentes y es una motivación para el estudio y la investigación. De la misma manera, se ha fomentado el trabajo en equipo a la hora de poner en común experiencias, dudas y vivencias que tienen relación con el trabajo cotidiano.

7. OBSERVACIONES.

*** ===== Resumen del proyecto 2019/1083 ===== ***

Nº de registro: 1083

Título
USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTATICOS EN UROLOGIA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACION

Autores:
FIERRO UNSAIN MARTA, ALONSO AYERBE LAURA, SANTOS DOMINGUEZ ARACELI, HIDALGO SALLAN VERONICA, SALILLAS GUILLEN RAQUEL, FERNANDEZ FELIX MAR, GARCES BIELSA SONIA, GONZALEZ MARTIN BELEN

Centro de Trabajo del Coordinador: H BARBASTRO

TEMAS
Sexo: Ambos sexos
Edad: Adultos
Tipo Patología: Neoplasias
Otro Tipo Patología:

MEMORIA de PROYECTO DE MEJORA DE LA CALIDAD - 2019/1083

1. TÍTULO

USO Y MANEJO ADECUADO DE LOS TRATAMIENTOS CITOSTÁTICOS EN UROLOGÍA EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

Línea Estratégica .: Mejora de la Práctica Clínica

Tipo de Objetivos .: Otros

Otro tipo Objetivos:

Enfoque

Otro Enfoque.....

PROBLEMA

El cáncer vesical es una de las neoplasias con más alta prevalencia (4º tumor en varón y 9º en mujeres) además tiene alta tendencia a la recidiva (40-80% en 1º año y el 50% a los 2a). Tras 5 años del 5 al 30% pasan a ser músculo-invasores. El principal factor pronóstico de los tumores vesicales es la invasión en profundidad. El tratamiento en las etapas iniciales es la resección transuretral (RTU). En un intento de disminuir la tendencia a la recidiva y su progresión; se ha propuesto la administración de quimioterapia adyuvante tras la RTU. Mediante este tto intravesical las concentraciones del quimioterápico se ponen directamente en contacto con la mayor parte del urotelio, sin el riesgo de una exposición sistémica y de sus complicaciones y efectos secundarios. La administración de este tratamiento requiere un manejo especial, tanto de cara al manejo del citostático por la seguridad del trabajador, como a la eliminación de los residuos que se crean a raíz de su uso. La continua rotación y cambio del personal de la unidad, hace necesaria una continua actualización para la adecuada realización de estas técnicas.

RESULTADOS ESPERADOS

- Actualizar conocimientos del personal de la Unidad de Hospitalización de Urología respecto a las patologías que requieren este tipo de tratamiento.
- Actualizar conocimientos respecto al uso y manejo de los tratamientos citostáticos en urología.
- Reforzar conocimientos en el manejo adecuado de los citostáticos y el manejo correcto de los residuos.

MÉTODO

- Realizar sesiones clínicas seriadas para favorecer la asistencia del personal adscrito a la unidad, así como el personal de refuerzo habitual.
- Elaboración de un poster explicativo con las normas de administración del tratamiento, así como el material necesario para ello.

INDICADORES

- El 100% del personal adscrito a la unidad asistirá a las sesiones informativas.

DURACIÓN

- Entre el mes de Marzo y Junio, se elaborará el póster y se presentará al personal de la unidad.
- A lo largo de los meses de Mayo y Octubre se realizarán sesiones clínicas formativas.
- Enero 2020; análisis y presentación de resultados.

OBSERVACIONES

Valoración de otros apartados

MEJORAR REESULTADOS DE LA ATENCIÓN :
DISMINUIR RIESGOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN :
MEJORAR LA UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS :
GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS (y > LA SATISFACCIÓN) . :
ATENDER LAS EXPECTATIVAS DE LOS PROFESIONALES :

*** ===== **